Kommissorium for

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering

Baggrund

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023. Aftalen er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsrådet og trådte i kraft den 1. juli 2019.

Sundhedsaftalen beskriver de politiske visioner, målsætninger og virkemidler, som Sundhedsaftalens parter er enige om at arbejde for i aftaleperioden 2019-2023. Det administrative tillæg til Sundhedsaftalen beskriver rammerne for det tværsektorielle samarbejde, herunder den administrative organisering.

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Under Det Administrative Kontaktforum etableres følgende fire ligestillede og understøttende følgegrupper:

- Følgegruppen for forebyggelse
- Følgegruppen for behandling og pleje
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for uddannelse og arbejde

Følgegruppens formål

Formålet med Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering er at bidrage til udmøntningen af Sundhedsaftalens politiske vision:

"Vi arbejder for bedre overgange for:

- *Mennesker med psykiske lidelser*
- *Ældre borgere*
- *Mennesker med kronisk sygdom".*

Konkret skal Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering videreføre de fem eksisterende indsatser, der tilsammen – og sammen med indsatser i regi af Følgegruppen for behandling og pleje – understøtter visionen. Det forventes, at de to følgegrupper løbende koordinerer arbejdet med at sikre målopfyldelse.

Følgegruppens opgaver

Målsætninger og indsatser

I aftaleperioden 2019-2023 skal Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering videreføre eksisterende samarbejdsaftaler og øvrige relevante indsatser fra forhenværende sundhedsaftaleperioder. Eksisterende samarbejdsaftaler revideres ved behov eksempelvis, hvis ny lovgivning, nye retningslinjer eller anbefalinger tilsiger dette.

Endvidere skal Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering efter behov igangsætte nye indsatser, der sigter mod at indfri de politiske målsætninger inden for hvert af de tre ovenstående indsatsområder.

Desuden er følgegruppen ansvarlig for at dagsordensætte relevante diskussioner og problemstillinger, som falder ind under følgegruppens samlede opgaveportefølje. Som følge heraf kan følgegruppen efter en konkret vurdering behandle sager, som hører under følgegruppens område, men som ikke specifikt er nævnt i kommissoriet. Det kan eksempelvis angå sager, der belyser, hvordan trænings- og rehabiliteringsområdet specifikt kan bidrage til at forebygge mere vidtgående indgreb såsom operation samt bidrage til bedre overgange i sundhedsvæsenet, ikke mindst i forhold til psykiatriske patienter.

Politiske virkemidler og bærende principper
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering skal i sin opgavevaretagelse sikre, at de tre politiske virkemidler, som er beskrevet i Sundhedsaftalen 2019-2023, sættes i spil:

- Sæt borgeren først
- Tænk nyt – nye samarbejdsformer
- Mest mulig sundhed for pengene

Endvidere skal følgegruppens arbejde tage afsæt i de bærende principper for det tværsektorielle samarbejde, som er beskrevet i Det administrative tillæg.

Løbende koordinering og informationsdeling
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering skal sikre løbende kommunikation, inddragelse og koordination med relevante parter, herunder i særdeleshed de tre øvrige følgegrupper og de lokale samordningsfora, så det tværsektorielle samarbejde om genoptræning og rehabilitering fungerer effektivt og sikrer målopfyldelse.

Senest 14 dage forud for hvert møde i Det Administrative Kontaktforum skal følgegruppen kort beskrive status for alle igangværende indsatser under følgegruppen. Dette gøres ved at opdatere følgegruppens porteføljeoversigt, som herefter skal gøres tilgængelig på Region Syddanmarks hjemmeside.

Derudover har følgegruppen en særlig opgave i forhold til at sikre den nødvendige information og kommunikation, der skal understøtte det lokale implementeringsarbejde for de enkelte samarbejdsaftaler mv. Opgavenær og faglig relevant information skal kommunikeres direkte mellem den enkelte følgegruppe og de lokale samordningsfora. Når informationen har en mere generel eller organisatorisk karakter, kan koordinationsgruppen bistå ved formidlingen, når dette vurderes hensigtsmæssigt.

Sundhedsteknologi og nationale initiativer
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering skal medtænke og understøtte integrationen af sundhedsteknologi og digitalisering i den konkrete opgaveløsning samt løbende og i relevant omfang integrere og udmønte mål, programmer og handlingsplaner fra nationalt hold. Følgegruppen skal således medvirke til, at Syddanmark bevarer sig styrkeposition i forhold til anvendelsen af sundhedsteknologi, digitale løsninger og telemedicin.

Monitorering og evaluering
Under hensynstagen til ressourcetrækket og efter nærmere aftale med Det Administrative Kontaktforum har Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering ligeledes til opgave at sikre en formålstjenstlig monitorering og evaluering af udvalgte indsatser, som vurderes af særlig relevans under følgegruppens opgaveportefølje. Ved igangsættelse af nye indsatser skal følgegruppen beskrive, i hvilket omfang der skal monitoreres, og samtidig foretage en vurdering af det forventede ressourcetræk, som en eventuel monitorering og evaluering vil kræve.

Følgegruppens arbejdsform

Koordination med Det Administrative Kontaktforum
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering refererer til Det Administrative Kontaktforum.

På et årligt møde mellem alle følgegrupperne og Det Administrative Kontaktforum skal Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering redegøre for afsluttede og igangværende indsatser samt skabe et klart mandat for det kommende års indsatser under følgegruppens samlede opgaveportefølje.

Følgegruppen skal desuden bidrage med relevant data og andet skriftligt materiale til den samlede årlige status for Sundhedsaftalen 2019-2023 til Sundhedskoordinationsudvalget.

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering kan ved behov dagsordenssætte sager på ordinære møder i Det Administrative Kontaktforum, f.eks. hvis en given indsats mangler fremdrift, indbefatter et højt udgiftsniveau eller har en særlig politisk karakter. Det skal fremgå af sagens indstilling, at det er følgegruppen, der indstiller.

Efter behov kan enkeltsager eller eventuelle tvivlsspørgsmål alene afklares ved henvendelse fra følgegruppen til formandsskabet for Det Administrative Kontaktforum.

Efter hvert møde i Det Administrative Kontaktforum afholdes et koordinerende møde mellem sekretariaterne i de fire følgegrupper, de lokale samordningsfora og koordinationsgruppen, jf. Det administrative tillæg.

Temadage
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering kan efter behov gennemføre temadage og andre dialogbaserede og tværsektorielle aktiviteter med henblik på at indhente ny inspiration til arbejdet, erfaringsudveksle samt sikre fælles forståelse og høj kvalitet i udviklingen og implementeringen af de opgaver, som følgegruppen varetager.

På det årlige fælles møde på tværs af de fire følgegrupper og Det Administrative Kontaktforum vil forskellige tværgående temaer endvidere blive dagsordenssat med henblik på at sikre mest mulig sammenhængskraft på tværs af de fire følgegrupper og i den administrative organisering generelt.

Arbejdsgrupper
Følgegruppen kan efter behov nedsætte længerevarende eller mere ad hoc baserede arbejdsgrupper til at varetage afgrænsede opgaver under følgegruppens opgaveportefølje. I den forbindelse skal følgegruppen så vidt mulig sikre geografisk repræsentation og inddragelse af de lokale samordningsfora i bemandingen.

Følgegruppen skal afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og lokale samordningsfora både under udviklingen og implementeringen af konkrete indsatser.

Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering består af et delt formandskab bestående af én repræsentant fra Region Syddanmark og én repræsentant fra de 22 syddanske kommuner.

Følgegruppen sekretariatsbetjenes af én regionalt og én kommunalt udpeget medarbejder på konsulentniveau.

Foruden formandskabet og sekretariatet består Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering af to repræsentanter fra Region Syddanmark (somatik og psykiatri), to repræsentanter fra de 22 syddanske kommuner og på ad hoc basis én repræsentant fra henholdsvis PLO Syddanmark, som tilsammen skal bidrage til at sikre det faglige indhold i følgegruppen. Fra såvel Region Syddanmark som de 22 syddanske kommuner skal de to repræsentanter udgøres af en repræsentant på ledelsesniveau og en repræsentant på konsulentniveau.

For at understøtte implementeringen af de enkelte indsatser skal det tilstræbes, at lokale samordningsfora også er repræsenteret i følgegruppen, hvis muligt gerne en repræsentant fra et psykiatrisk samordningsforum og en repræsentant fra et somatisk samordningsforum.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet.

Som udgangspunkt træffes beslutninger i fællesskab mellem følgegruppens formænd og medlemmer, der ved fælles hjælp skal sikre løbende afklaring og opbakning med deres respektive bagland på henholdsvis regional og kommunal side, når nye initiativer foreslås og igangsættes. Af hensyn til at sikre smidige sagsgange i følgegruppen kan der løbende være sager eller elementer af givne sager, som følgegruppens formandsskab alene kan træffe afgørelse om.

Kompetencer
Følgegruppen skal sammensættes under hensyn til geografisk repræsentativitet.

Foruden viden om genoptræning og rehabilitering i såvel psykiatrien som somatikken, skal der så vidt det er muligt også sikres viden om monitorering, innovation, sundhedsteknologi, velfærdsteknologi, digitalisering og opgaveoverdragelse i udpegningen til følgegruppen. Med henblik på at kvalificere beslutningsgrundlaget for og kvaliteten af overdragelse af sundhedsopgaver henvises følgegruppen til Model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, når en opgave ønskes overdraget fra en aktør til en anden.

Funktionsperiode

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering nedsættes i perioden for Sundhedsaftalen 2019-2023. Det kan af Det Administrative Kontaktforum besluttes, hvorvidt følgegruppen skal ophøre før 2023 eller fortsætte efter 2023.

Bilag 1

Indsatser for Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, jf. Det administrative tillæg

Følgegruppen har til opgave at opdatere og vedligeholde det eksisterende samarbejdsgrundlag på følgende områder:

Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering	RESSOURCETRÆK				
Eksisterende indsatser	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	X	X	X	X	X
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau		X			
Nationalt projekt vedr. brugertilfredshed på hjerneskadeområdet	X	X			
Opfølgning på understøttelsen af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter		X			
Tværsektoriel samarbejdsaftale om cerebral parese (CPOP)		X	X		

Kommissorium for
Følgegruppen for behandling og pleje

Baggrund

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023. Aftalen er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsrådet og trådte i kraft den 1. juli 2019.

Sundhedsaftalen beskriver de politiske visioner, målsætninger og virkemidler, som Sundhedsaftalens parter er enige om at arbejde for i aftaleperioden 2019-2023. Det administrative tillæg til Sundhedsaftalen beskriver rammerne for det tværsektorielle samarbejde, herunder den administrative organisering.

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Under Det Administrative Kontaktforum etableres følgende fire ligestillede og understøttende følgegrupper:

- Følgegruppen for forebyggelse
- Følgegruppen for behandling og pleje
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for uddannelse og arbejde

Følgegruppens formål

Formålet med Følgegruppen for behandling og pleje er at udmønte Sundhedsaftalens politiske vision:

"Vi arbejder for bedre overgange for:

- *Mennesker med psykiske lidelser*
- *Ældre borgere*
- *Mennesker med kronisk sygdom".*

Konkret skal Følgegruppen for behandling og pleje udvikle, afprøve og evaluere indsatser, der tilsammen – og sammen med indsatser i regi af Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering – skal indfri de otte politiske målsætninger, som hører under visionen, jf. vedlagte bilag. Det forventes, at de to følgegrupper løbende koordinerer arbejdet med at sikre målopfyldelse. Desuden skal Følgegruppen for behandling og pleje videreføre de 23 eksisterende indsatser (se bilag 1), som ligeledes understøtter visionen.

Følgegruppens opgaver

Målsætninger og indsatser

I aftaleperioden 2019-2023 skal Følgegruppen for behandling og pleje efter behov igangsætte nye indsatser, der sigter mod at indfri de politiske målsætninger inden for hvert af de tre ovenstående indsatsområder. I Det administrative tillæg er de konkrete målsætninger og dertilhørende indsatser beskrevet, som følgegruppen skal varetage. Disse fremgår også af vedlagte bilag.

Følgegruppen for behandling og pleje skal ligeledes videreføre eksisterende samarbejdsaftaler og øvrige relevante indsatser fra forhenværende sundhedsaftaleperioder. Eksisterende samarbejdsaftaler revideres ved behov eksempelvis, hvis ny lovgivning, nye retningslinjer eller anbefalinger tilsiger dette.

Desuden er følgegruppen ansvarlig for at dagsordensætte relevante diskussioner og problemstillinger, som falder ind under følgegruppens samlede opgaveportefølje. Som følge heraf kan følgegruppen efter konkret vurdering behandle sager, som hører under følgegruppens område, men som ikke specifikt er nævnt i kommissoriet.

Politiske virkemidler og bærende principper
Følgegruppen for behandling og pleje skal i sin opgavevaretagelse sikre, at de tre politiske virkemidler, som er beskrevet i Sundhedsaftalen 2019-2023, sættes i spil:

- Sæt borgeren først
- Tænk nyt – nye samarbejdsformer
- Mest mulig sundhed for pengene

Endvidere skal følgegruppens arbejde tage afsæt i de bærende principper for det tværsektorielle samarbejde, som er beskrevet i Det administrative tillæg.

Løbende koordinering og informationsdeling
Følgegruppen for behandling og pleje skal sikre løbende kommunikation, inddragelse og koordination med relevante parter, herunder i særdeleshed de tre øvrige følgegrupper og de lokale samordningsfora, så det tværsektorielle samarbejde om behandling og pleje fungerer effektivt og sikrer målopfyldelse.

Senest 14 dage forud for hvert møde i Det Administrative Kontaktforum skal følgegruppen kort beskrive status for alle igangværende indsatser under følgegruppen. Dette gøres ved at opdatere følgegruppens porteføljeoversigt, som herefter skal gøres tilgængelig på Region Syddanmarks hjemmeside.

Derudover har følgegruppen en særlig opgave i forhold til at sikre den nødvendige information og kommunikation, der skal understøtte det lokale implementeringsarbejde for de enkelte samarbejdsaftaler mv. Opgavenær og faglig relevant information skal kommunikeres direkte mellem den enkelte følgegruppe og de lokale samordningsfora. Når informationen har en mere generel eller organisatorisk karakter, kan koordinationsgruppen bistå ved formidlingen, når dette vurderes hensigtsmæssigt.

Sundhedsteknologi og nationale initiativer
Følgegruppen for behandling og pleje skal medtænke og understøtte integrationen af sundhedsteknologi og digitalisering i den konkrete opgaveløsning samt løbende og i relevant omfang integrere og udmønte mål, programmer og handlingsplaner fra nationalt hold. Følgegruppen skal således medvirke til, at Syddanmark bevarer sig styrkeposition i forhold til anvendelsen af sundhedsteknologi, digitale løsninger og telemedicin.

Monitorering og evaluering
Under hensynstagen til ressourcetrækket og efter nærmere aftale med Det Administrative Kontaktforum har Følgegruppen for behandling og pleje ligeledes til opgave at sikre en formålstjenstlig monitorering og evaluering af udvalgte indsatser, som vurderes af særlig relevans under følgegruppens opgaveportefølje. Ved igangsættelse af nye indsatser skal følgegruppen beskrive, i hvilket omfang der skal monitoreres, og samtidig foretage en vurdering af det forventede ressourcetræk, som en eventuel monitorering og evaluering vil kræve.

Følgegruppens arbejdsform

Koordination med Det Administrative Kontaktforum
Følgegruppen for behandling og pleje refererer til Det Administrative Kontaktforum.

På et årligt møde mellem alle følgegrupperne og Det Administrative Kontaktforum skal Følgegruppen for behandling og pleje redegøre for afsluttede og igangværende indsatser samt skabe et klart mandat for det kommende års indsatser under følgegruppens samlede opgaveportefølje.

Følgegruppen skal desuden bidrage med relevant data og andet skriftligt materiale til den samlede årlige status for Sundhedsaftalen 2019-2023 til Sundhedskoordinationsudvalget.

Følgegruppen for behandling og pleje kan ved behov dagsordenssætte sager på ordinære møder i Det Administrative Kontaktforum, f.eks. hvis en given indsats mangler fremdrift, indbefatter et højt udgiftsniveau eller har en særlig politisk karakter. Det skal fremgå af sagens indstilling, at det er følgegruppen, der indstiller.

Efter behov kan enkeltsager eller eventuelle tvivlsspørgsmål alene afklares ved henvendelse fra følgegruppen til formandsskabet for Det Administrative Kontaktforum.

Efter hvert møde i Det Administrative Kontaktforum afholdes et koordinerende møde mellem sekretariaterne i de fire følgegrupper, de lokale samordningsfora og koordinationsgruppen, jf. Det administrative tillæg.

Temadage
Følgegruppen for behandling og pleje kan efter behov gennemføre temadage og andre dialogbaserede og tværsektorielle aktiviteter med henblik på at indhente ny inspiration til arbejdet, erfaringsudveksle samt sikre fælles forståelse og høj kvalitet i udviklingen og implementeringen af de opgaver, som følgegruppen varetager.

På det årlige fælles møde på tværs af de fire følgegrupper og Det Administrative Kontaktforum vil forskellige tværgående temaer endvidere blive dagsordenssat med henblik på at sikre mest mulig sammenhængskraft på tværs af de fire følgegrupper og i den administrative organisering generelt.

Arbejdsgrupper
Følgegruppen kan efter behov nedsætte længerevarende eller mere ad hoc baserede arbejdsgrupper til at varetage afgrænsede opgaver under følgegruppens opgaveportefølje. I den forbindelse skal følgegruppen så vidt mulig sikre geografisk repræsentation og inddragelse af de lokale samordningsfora i bemandingen.

Følgegruppen skal afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og lokale samordningsfora både under udviklingen og implementeringen af konkrete indsatser.

Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen for behandling og pleje består af et delt formandskab bestående af én repræsentant fra Region Syddanmark og én repræsentant fra de 22 syddanske kommuner.

Følgegruppen sekretariatsbetjenes af én regionalt og én kommunalt udpeget medarbejder på konsulentniveau.

Foruden formandskabet og sekretariatet består Følgegruppen for behandling og pleje af fire repræsentanter fra Region Syddanmark (somatik og psykiatri), fire repræsentanter fra de 22 syddanske kommuner og én repræsentant fra PLO Syddanmark, som tilsammen skal bidrage til at sikre det faglige indhold i følgegruppen. Fra såvel Region Syddanmark som de 22 syddanske kommuner skal de fire repræsentanter udgøres af to repræsentanter på ledelsesniveau og to repræsentanter på konsulentniveau.

For at understøtte implementeringen af de enkelte indsatser skal det tilstræbes, at lokale samordningsfora også er repræsenteret i følgegruppen, hvis muligt gerne en repræsentant fra et psykiatrisk samordningsforum og en repræsentant fra et somatisk samordningsforum.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet.

Som udgangspunkt træffes beslutninger i fællesskab mellem følgegruppens formænd og medlemmer, der ved fælles hjælp skal sikre løbende afklaring og opbakning med deres respektive bagland på henholdsvis regional og kommunal side, når nye initiativer foreslås og igangsættes. Af hensyn til at sikre smidige sagsgange i følgegruppen kan der løbende være sager eller elementer af givne sager, som følgegruppens formandsskab alene kan træffe afgørelse om.

Kompetencer
Følgegruppen skal sammensættes under hensyn til geografisk repræsentativitet.

Foruden viden om behandling og pleje i såvel psykiatrien som somatikken skal der, så vidt det er muligt, også sikres viden om monitorering, innovation, sundhedsteknologi, velfærdsteknologi, digitalisering og opgaveoverdragelse i udpegningen til følgegruppen. Med henblik på at kvalificere beslutningsgrundlaget for og kvaliteten af overdragelse af sundhedsopgaver henvises følgegruppen til Model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, når en opgave ønskes overdraget fra en aktør til en anden.

Funktionsperiode

Følgegruppen for behandling og pleje nedsættes i perioden for Sundhedsaftalen 2019-2023. Det kan af Det Administrative Kontaktforum besluttes, hvorvidt følgegruppen skal ophøre før 2023 eller fortsætte efter 2023.

Bilag 1

Indsatser for Følgegruppen for behandling og pleje, jf. Det administrative tillæg

Følgegruppen har til opgave at igangsætte følgende indsatser:

Følgegruppen for behandling og pleje		RESSOURCETRÆK				
Målsætning	**Indsats**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 15 % for psykiatriske patienter	Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser	X	X	X	X	X
Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for psykiatriske patienter	Tværsektoriel understøttelse af kommunale akutfunktioner			X		
Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type 2-patienter til maksimalt 270 per 1000 diabetes type 2-patienter Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 380 per 1000 KOL-patienter Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10 % for somatiske patienter Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage på sygehusene til 1 dag for somatiske patienter Vi vil reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til 35 per 1000 ældre	Fleksible indlæggelser	X	X			
Vi vil reducere overdødeligheden blandt borgere med psykiske lidelser til maksimalt XX %	Samarbejde om rehabilitering og recovery vedrørende psykiatrien			X	X	X

Herudover har følgegruppen ansvar for at opdatere og vedligeholde det eksisterende samarbejdsgrundlag på følgende områder:

Følgegruppen for behandling og pleje	RESSOURCETRÆK				
Eksisterende indsatser	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Drift og videreudvikling af SAM:BO	X	X	X	X	X
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	X	X			
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	X			X	
Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	X				
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange		X	X		
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	X			X	
Aftale om dosisdispensering	X	X			
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof - eller alkoholmisbrug			X		
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem			X		
Samarbejdsaftaler for medicinadministration	X	X			
Samarbejdsaftale om IV behandling med væske	X	X			
Samarbejdsaftale om IV behandling med antibiotika	X	X			
Samarbejdsaftale om sondeernæring	X	X			
Samarbejdsaftale om parenteral ernæring	X	X			
Samarbejdsaftale om akutte bed-side blodprøver og prøvetagning til mikro-biologiske undersøgelser	X				
Samarbejdsaftale om pasning af dræn		X			
Samarbejdsaftale om kateteranlæggelse og pleje	X	X			
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	X				
Telemedicinsk sårvurdering	X	X		X	
Samarbejdsaftale om lavpotent kemoterapi	X	X			
Samarbejdsaftale for respiration	X				
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område			X		

Kommissorium for
Følgegruppen for forebyggelse

Baggrund

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023. Aftalen er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsrådet og trådte i kraft den 1. juli 2019.

Sundhedsaftalen beskriver de politiske visioner, målsætninger og virkemidler, som Sundhedsaftalens parter er enige om at arbejde for i aftaleperioden 2019-2023. Det administrative tillæg til Sundhedsaftalen beskriver rammerne for det tværsektorielle samarbejde, herunder den administrative organisering.

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Under Det Administrative Kontaktforum etableres følgende fire ligestillede og understøttende følgegrupper:

- Følgegruppen for forebyggelse
- Følgegruppen for behandling og pleje
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for uddannelse og arbejde

Følgegruppens formål

Formålet med Følgegruppen for forebyggelse er at udmønte Sundhedsaftalens politiske vision:

"Vi samarbejder om forebyggelse for:

- *Et røgfrit Syddanmark*
- *Færre overvægtige*
- *Mental trivsel og sundhed blandt børn og unge".*

Konkret skal Følgegruppen for forebyggelse udvikle, afprøve og evaluere indsatser, der tilsammen skal indfri de fem politiske målsætninger, som hører under visionen, jf. vedlagte bilag. Desuden skal Følgegruppen for forebyggelse videreføre de syv eksisterende indsatser (se bilag 1), som ligeledes understøtter visionen.

Følgegruppens opgaver

Målsætninger og indsatser

I aftaleperioden 2019-2023 skal Følgegruppen for forebyggelse efter behov igangsætte nye indsatser, der sigter mod at indfri de politiske målsætninger inden for hvert af de tre ovenstående indsatsområder. I Det administrative tillæg er de konkrete målsætninger og dertilhørende indsatser beskrevet, som følgegruppen skal varetage. Disse fremgår også af vedlagte bilag.

Følgegruppen for forebyggelse skal ligeledes videreføre eksisterende samarbejdsaftaler og øvrige relevante indsatser fra forhenværende sundhedsaftaleperioder. Eksisterende samarbejdsaftaler revideres ved behov eksempelvis, hvis ny lovgivning, nye retningslinjer eller anbefalinger tilsiger dette.

Desuden er følgegruppen ansvarlig for at dagsordensætte relevante diskussioner og problemstillinger, som falder ind under følgegruppens samlede opgaveportefølje. Som følge heraf kan følgegruppen efter en konkret vurdering behandle sager, som hører under følgegruppens område, men som ikke specifikt er nævnt i kommissoriet.

Politiske virkemidler og bærende principper
Følgegruppen for forebyggelse skal i sin opgavevaretagelse sikre, at de tre politiske virkemidler, som er beskrevet i Sundhedsaftalen 2019-2023, sættes i spil:

- Sæt borgeren først
- Tænk nyt – nye samarbejdsformer
- Mest mulig sundhed for pengene

Endvidere skal følgegruppens arbejde tage afsæt i de bærende principper for det tværsektorielle samarbejde, som er beskrevet i Det administrative tillæg.

Løbende koordinering og informationsdeling
Følgegruppen for forebyggelse skal sikre løbende kommunikation, inddragelse og koordination med relevante parter, herunder i særdeleshed de tre øvrige følgegrupper og de lokale samordningsfora, så det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse fungerer effektivt og sikrer målopfyldelse.

Senest 14 dage forud for hvert møde i Det Administrative Kontaktforum skal følgegruppen kort beskrive status for alle igangværende indsatser under følgegruppen. Dette gøres ved at opdatere følgegruppens porteføljeoversigt, som herefter skal gøres tilgængelig på Region Syddanmarks hjemmeside.

Derudover har følgegruppen en særlig opgave i forhold til at sikre den nødvendige information og kommunikation, der skal understøtte det lokale implementeringsarbejde for de enkelte samarbejdsaftaler mv. Opgavenær og faglig relevant information skal kommunikeres direkte mellem den enkelte følgegruppe og de lokale samordningsfora. Når informationen har en mere generel eller organisatorisk karakter, kan koordinationsgruppen bistå ved formidlingen, når dette vurderes hensigtsmæssigt.

Sundhedsteknologi og nationale initiativer
Følgegruppen for forebyggelse skal medtænke og understøtte integrationen af sundhedsteknologi og digitalisering i den konkrete opgaveløsning samt løbende og i relevant omfang integrere og udmønte mål, programmer og handlingsplaner fra nationalt hold. Følgegruppen skal således medvirke til, at Syddanmark bevarer sin styrkeposition i forhold til anvendelsen af sundhedsteknologi, digitale løsninger og telemedicin.

Monitorering og evaluering
Under hensynstagen til ressourcetrækket og efter nærmere aftale med Det Administrative Kontaktforum har Følgegruppen for forebyggelse ligeledes til opgave at sikre en formålstjenstlig monitorering og evaluering af udvalgte indsatser, som vurderes af særlig relevans under følgegruppens opgaveportefølje. Ved igangsættelse af nye indsatser skal følgegruppen beskrive, i hvilket omfang der skal monitoreres, og samtidig foretage en vurdering af det forventede ressourcetræk, som en eventuel monitorering og evaluering vil kræve.

Følgegruppens arbejdsform

Koordination med Det Administrative Kontaktforum
Følgegruppen for forebyggelse refererer til Det Administrative Kontaktforum.

På et årligt møde mellem alle følgegrupperne og Det Administrative Kontaktforum skal Følgegruppen for forebyggelse redegøre for afsluttede og igangværende indsatser samt skabe et klart mandat for det kommende års indsatser under følgegruppens samlede opgaveportefølje.

Følgegruppen skal desuden bidrage med relevant data og andet skriftligt materiale til den samlede årlige status for Sundhedsaftalen 2019-2023 til Sundhedskoordinationsudvalget.

Følgegruppen for forebyggelse kan ved behov dagsordenssætte sager på ordinære møder i Det Administrative Kontaktforum, f.eks. hvis en given indsats mangler fremdrift, indbefatter et højt udgiftsniveau eller har en særlig politisk karakter. Det skal fremgå af sagens indstilling, at det er følgegruppen, der indstiller.

Efter behov kan enkeltsager eller eventuelle tvivlsspørgsmål alene afklares ved henvendelse fra følgegruppen til formandsskabet for Det Administrative Kontaktforum.

Efter hvert møde i Det Administrative Kontaktforum afholdes et koordinerende møde mellem sekretariaterne i de fire følgegrupper, de lokale samordningsfora og koordinationsgruppen, jf. Det administrative tillæg.

Temadage
Følgegruppen for forebyggelse kan efter behov gennemføre temadage og andre dialogbaserede og tværsektorielle aktiviteter med henblik på at indhente ny inspiration til arbejdet, erfaringsudveksle samt sikre fælles forståelse og høj kvalitet i udviklingen og implementeringen af de opgaver, som følgegruppen varetager.

På det årlige fælles møde på tværs af de fire følgegrupper og Det Administrative Kontaktforum vil forskellige tværgående temaer endvidere blive dagsordenssat med henblik på at sikre mest mulig sammenhængskraft på tværs af de fire følgegrupper og i den administrative organisering generelt.

Arbejdsgrupper
Følgegruppen kan efter behov nedsætte længerevarende eller mere ad hoc baserede arbejdsgrupper til at varetage afgrænsede opgaver under følgegruppens opgaveportefølje. I den forbindelse skal følgegruppen så vidt mulig sikre geografisk repræsentation og inddragelse af de lokale samordningsfora i bemandingen.

Følgegruppen skal afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og lokale samordningsfora både under udviklingen og implementeringen af konkrete indsatser.

Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen for forebyggelse består af et delt formandskab bestående af én repræsentant fra Region Syddanmark og én repræsentant fra de 22 syddanske kommuner.

Følgegruppen sekretariatsbetjenes af én regionalt og én kommunalt udpeget medarbejder på konsulentniveau.

Foruden formandskabet og sekretariatet består Følgegruppen for forebyggelse af fire repræsentanter fra Region Syddanmark (somatik og psykiatri), fire repræsentanter fra de 22 syddanske kommuner og én repræsentant fra PLO Syddanmark, som tilsammen skal bidrage til at sikre det faglige indhold i følgegruppen. Fra såvel Region Syddanmark som de 22 syddanske kommuner skal de fire repræsentanter udgøres af to repræsentanter på ledelsesniveau og to repræsentanter på konsulentniveau.

For at understøtte implementeringen af de enkelte indsatser skal det tilstræbes, at lokale samordningsfora også er repræsenteret i følgegruppen, hvis muligt gerne en repræsentant fra et psykiatrisk samordningsforum og en repræsentant fra et somatisk samordningsforum. Derudover skal der tages hensyn til repræsentation fra kommunernes børne- og ungeområde samt fra uddannelsesområdet.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet.

Som udgangspunkt træffes beslutninger i fællesskab mellem følgegruppens formænd og medlemmer, der ved fælles hjælp skal sikre løbende afklaring med og opbakning fra deres respektive bagland på henholdsvis regio-

nal og kommunal side, når nye initiativer foreslås og igangsættes. Af hensyn til at sikre smidige sagsgange i følgegruppen kan der løbende være sager eller elementer af givne sager, som følgegruppens formandsskab alene kan træffe afgørelse om.

Kompetencer
Følgegruppen skal sammensættes under hensyn til geografisk repræsentativitet.

Foruden viden om forebyggelse i såvel psykiatrien som somatikken skal der, så vidt det er muligt, også sikres viden om monitorering, innovation, sundhedsteknologi, velfærdsteknologi, digitalisering og opgaveoverdragelse i udpegningen til følgegruppen. Med henblik på at kvalificere beslutningsgrundlaget for og kvaliteten af overdragelse af sundhedsopgaver henvises følgegruppen til Model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse, når en opgave ønskes overdraget fra en aktør til en anden.

Funktionsperiode

Følgegruppen for forebyggelse nedsættes i perioden for Sundhedsaftalen 2019-2023. Det kan af Det Administrative Kontaktforum besluttes, hvorvidt følgegruppen skal ophøre før 2023 eller fortsætte efter 2023.

Bilag 1

Indsatser for Følgegruppen for forebyggelse, jf. Det administrative tillæg

Følgegruppen har til opgave at igangsætte følgende indsatser:

Følgegruppe for forebyggelse		RESSOURCETRÆK				
Målsætning	**Indsats**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Vi vil reducere andelen af unge (16-24 år), der ryger til maksimalt 10 % Vi vil reducere andelen af daglige rygere til makismalt 13 %	Implementering af partnerskabsprojektet *"Røgfri fremtid"*	X	X	X	X	X
Vi vil reducere andelen af børn og unge (6-16 år) med overvægt og svær overvægt: Overvægt / Svær overvægt 6-8 år: 8,8 % / 2,0 % 9-13 år: 13,5 % / 3,0 % 14-16 år: 13,1 % / 3,4 % Vi vil reducere andelen af unge og voksne (16 år+) med moderat og svært overvægt til maksimalt 43 % for kvinder og 58 % for mænd	Samarbejdsaftale for børn og unge med overvægt og overvægtige gravide (familieorienteret tilgang)	X	X			
Vi vil reducere andelen af unge (16-24 år) med dårlig mental trivsel til maksimalt 8 % for mænd og 16 % for kvinder	Implementering af partnerskabsprojektet *"ABC for mental sundhed"*	X	X	X		

Herudover har følgegruppen ansvar for at opdatere og vedligeholde det eksisterende samarbejdsgrundlag på følgende områder:

Følgegruppe for forebyggelse	RESSOURCETRÆK				
Eksisterende indsatser	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom	X	X	X	X	
Tværsektoriel aftale på børne- og ungeområdet	X	X			
Aftale om sårbare gravide			X		
Samarbejdsaftale om gravide med et risikoforbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS			X		
Ammepolitikken	X	X			
Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område	X				
Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	X		X		
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	X				

Kommissorium for
Følgegruppen for uddannelse og arbejde

Baggrund

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023. Aftalen er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsrådet og trådte i kraft den 1. juli 2019.

Sundhedsaftalen beskriver de politiske visioner, målsætninger og virkemidler, som Sundhedsaftalens parter er enige om at arbejde for i aftaleperioden 2019-2023. Det administrative tillæg til Sundhedsaftalen beskriver rammerne for det tværsektorielle samarbejde, herunder den administrative organisering.

Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. Under Det Administrative Kontaktforum etableres følgende fire ligestillede og understøttende følgegrupper:

- Følgegruppen for forebyggelse
- Følgegruppen for behandling og pleje
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for uddannelse og arbejde

Følgegruppens formål

Formålet med Følgegruppen for uddannelse og arbejde er at udmønte Sundhedsaftalen politiske vision:

"Vi sikrer sammenhæng til:

- *Uddannelsesområdet*
- *Arbejdsmarkedet".*

Konkret skal Følgegruppen for uddannelse og arbejde udvikle, afprøve og evaluere indsatser, der tilsammen skal indfri de tre politiske målsætninger, som hører under visionen, jf. vedlagte bilag. Desuden skal Følgegruppen for uddannelse og arbejde videreføre de to eksisterende indsatser (se bilag 1), som ligeledes understøtter visionen.

Følgegruppens opgaver

Målsætninger og indsatser

I aftaleperioden 2019-2023 skal Følgegruppen for uddannelse og arbejde efter behov igangsætte nye indsatser, der sigter mod at indfri de politiske målsætninger inden for hvert af de to ovenstående indsatsområder. I Det administrative tillæg er de konkrete målsætninger og dertilhørende indsatser beskrevet, som følgegruppen skal varetage. Disse fremgår også af vedlagte bilag.

Følgegruppen for uddannelse og arbejde skal ligeledes videreføre eksisterende samarbejdsaftaler og øvrige relevante indsatser fra forhenværende sundhedsaftaleperioder. Eksisterende samarbejdsaftaler revideres ved behov eksempelvis, hvis ny lovgivning, nye retningslinjer eller anbefalinger tilsiger dette.

Desuden er følgegruppen ansvarlig for at dagsordensætte relevante diskussioner og problemstillinger, som falder ind under følgegruppens samlede opgaveportefølje. Som følge heraf kan følgegruppen efter en konkret vurdering behandle sager, som hører under følgegruppens område, men som ikke specifikt er nævnt i kommissoriet.

Politiske virkemidler og bærende principper
Følgegruppen for uddannelse og arbejde skal i sin opgavevaretagelse sikre, at de tre politiske virkemidler, som er beskrevet i Sundhedsaftalen 2019-2023, sættes i spil:

- Sæt borgeren først
- Tænk nyt – nye samarbejdsformer
- Mest mulig sundhed for pengene

Endvidere skal følgegruppens arbejde tage afsæt i de bærende principper for det tværsektorielle samarbejde, som er beskrevet i Det administrative tillæg.

Løbende koordinering og informationsdeling
Følgegruppen for uddannelse og arbejde skal sikre løbende kommunikation, inddragelse og koordination med relevante parter, herunder i særdeleshed de tre øvrige følgegrupper og de lokale samordningsfora, så det tværsektorielle samarbejde om sammenhæng til uddannelsesområdet og arbejdsmarkedet fungerer effektivt og sikrer målopfyldelse.

Senest 14 dage forud for hvert møde i Det Administrative Kontaktforum skal følgegruppen kort beskrive status for alle igangværende indsatser under følgegruppen. Dette gøres ved at opdatere følgegruppens porteføljeoversigt, som herefter skal gøres tilgængelig på Region Syddanmarks hjemmeside.

Derudover har følgegruppen en særlig opgave i forhold til at sikre den nødvendige information og kommunikation, der skal understøtte det lokale implementeringsarbejde for de enkelte samarbejdsaftaler mv. Opgavenær og faglig relevant information skal kommunikeres direkte mellem den enkelte følgegruppe og de lokale samordningsfora. Når informationen har en mere generel eller organisatorisk karakter kan koordinationsgruppen bistå ved formidlingen, når dette vurderes hensigtsmæssigt.

Sundhedsteknologi og nationale initiativer
Følgegruppen for uddannelse og arbejde skal medtænke og understøtte integrationen af sundhedsteknologi og digitalisering i den konkrete opgaveløsning samt løbende og i relevant omfang integrere og udmønte mål, programmer og handlingsplaner fra nationalt hold. Følgegruppen skal således medvirke til, at Syddanmark bevarer sig styrkeposition i forhold til anvendelsen af sundhedsteknologi, digitale løsninger og telemedicin.

Monitorering og evaluering
Under hensynstagen til ressourcetrækket og efter nærmere aftale med Det Administrative Kontaktforum har Følgegruppen for uddannelse og arbejde ligeledes til opgave at sikre en formålstjenstlig monitorering og evaluering af udvalgte indsatser, som vurderes af særlig relevans under følgegruppens opgaveportefølje. Ved igangsættelse af nye indsatser skal følgegruppen beskrive, i hvilket omfang der skal monitoreres, og samtidig foretage en vurdering af det forventede ressourcetræk, som en eventuel monitorering og evaluering vil kræve.

Følgegruppens arbejdsform

Koordination med Det Administrative Kontaktforum
Følgegruppen for uddannelse og arbejde refererer til Det Administrative Kontaktforum.

På et årligt møde mellem alle følgegrupperne og Det Administrative Kontaktforum skal Følgegruppen for uddannelse og arbejde redegøre for afsluttede og igangværende indsatser samt skabe et klart mandat for det kommende års indsatser under følgegruppens samlede opgaveportefølje.

Følgegruppen skal desuden bidrage med relevant data og andet skriftligt materiale til den samlede årlige status for Sundhedsaftalen 2019-2023 til Sundhedskoordinationsudvalget.

Følgegruppen for uddannelse og arbejde kan ved behov dagsordenssætte sager på ordinære møder i Det Administrative Kontaktforum, f.eks. hvis en given indsats mangler fremdrift, indbefatter et højt udgiftsniveau eller har en særlig politisk karakter. Det skal fremgå af sagens indstilling, at det er følgegruppen, der indstiller.

Efter behov kan enkeltsager eller eventuelle tvivlsspørgsmål alene afklares ved henvendelse fra følgegruppen til formandsskabet for Det Administrative Kontaktforum.

Efter hvert møde i Det Administrative Kontaktforum afholdes et koordinerende møde mellem sekretariaterne i de fire følgegrupper, de lokale samordningsfora og koordinationsgruppen, jf. Det administrative tillæg.

Temadage
Følgegruppen for uddannelse og arbejde kan efter behov gennemføre temadage og andre dialogbaserede og tværsektorielle aktiviteter med henblik på at indhente ny inspiration til arbejdet, erfaringsudveksle samt sikre fælles forståelse og høj kvalitet i udviklingen og implementeringen af de opgaver, som følgegruppen varetager.

På det årlige fælles møde på tværs af de fire følgegrupper og Det Administrative Kontaktforum vil forskellige tværgående temaer endvidere blive dagsordenssat med henblik på at sikre mest mulig sammenhængskraft på tværs af de fire følgegrupper og i den administrative organisering generelt.

Arbejdsgrupper
Følgegruppen kan efter behov nedsætte længerevarende eller mere ad hoc baserede arbejdsgrupper til at varetage afgrænsede opgaver under følgegruppens opgaveportefølje. I den forbindelse skal følgegruppen så vidt mulig sikre geografisk repræsentation og inddragelse af de lokale samordningsfora i bemandingen.

Følgegruppen skal afklare principielle spørgsmål fra arbejdsgrupper og lokale samordningsfora både under udviklingen og implementeringen af konkrete indsatser.

Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen for uddannelse og arbejde består af et delt formandskab bestående af én repræsentant fra Region Syddanmark og én repræsentant fra de 22 syddanske kommuner.

Følgegruppen sekretariatsbetjenes af én regionalt og én kommunalt udpeget medarbejder på konsulentniveau.

Foruden formandskabet og sekretariatet består Følgegruppen for uddannelse og arbejde af fire repræsentanter fra Region Syddanmark (somatik og psykiatri), fire repræsentanter fra de 22 syddanske kommuner og på ad hoc basis én repræsentant fra PLO Syddanmark og én repræsentant fra uddannelses- og arbejdsmarkedsområdet, som tilsammen skal bidrage til at sikre det faglige indhold i følgegruppen. Fra såvel Region Syddanmark som de 22 syddanske kommuner skal de fire repræsentanter udgøres af to repræsentanter på ledelsesniveau og to repræsentanter på konsulentniveau.

For at understøtte implementeringen af de enkelte indsatser skal det tilstræbes, at lokale samordningsfora også er repræsenteret i følgegruppen, hvis muligt gerne en repræsentant fra et psykiatrisk samordningsforum og en repræsentant fra et somatisk samordningsforum. Derudover skal der tages hensyn til repræsentation fra socialområdet og arbejdsmarkedsområdet i kommunerne samt uddannelsesområdet.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet.

Som udgangspunkt træffes beslutninger i fællesskab mellem følgegruppens formænd og medlemmer, der ved fælles hjælp skal sikre løbende afklaring og opbakning med deres respektive bagland på henholdsvis regional og kommunal side, når nye initiativer foreslås og igangsættes. Af hensyn til at sikre smidige sagsgange i følgegruppen kan der løbende være sager eller elementer af givne sager, som følgegruppens formandsskab alene kan træffe afgørelse om.

Kompetencer
Følgegruppen skal sammensættes under hensyn til geografisk repræsentativitet.

Foruden viden om uddannelsesområdet og arbejdsmarkedsområdet skal der, så vidt det er muligt, også sikres viden om monitorering, innovation, sundhedsteknologi, velfærdsteknologi, digitalisering og opgaveoverdragelse i udpegningen til følgegruppen.

Funktionsperiode

Følgegruppen for uddannelse og arbejde nedsættes i perioden for Sundhedsaftalen 2019-2023. Det kan af Det Administrative Kontaktforum besluttes, hvorvidt følgegruppen skal ophøre før 2023 eller fortsætte efter 2023.

Bilag 1

Indsatser for Følgegruppen for uddannelse og arbejde, jf. Det administrative tillæg

Følgegruppen har til opgave at igangsætte følgende indsatser:

Følgegruppen for uddannelse og arbejde		RESSOURCETRÆK				
Målsætning	**Indsats**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Vi vil sikre, at andelen af unge med psykiske lidelser, som er tilknyttet en uddannelse, er steget til minimum xx %	Samarbejde mellem psykiatrien, uddannelsesområdet og almen praksis - Forberedende grunduddannelse (FGU)	X	X	X	X	X
Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til 82 %	Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft	X	X			
Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til 51 %	Samarbejde om rehabilitering og recovery vedrørende psykiatrien			X	X	X

Herudover har følgegruppen ansvar for at opdatere og vedligeholde det eksisterende samarbejdsgrundlag på følgende områder:

Følgegruppen for uddannelse og arbejde	RESSOURCETRÆK				
Eksisterende indsatser	2019	2020	2021	2022	2023
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere		X			
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	X				

Bilag vedr. tre modeller for monitorering, opgaveoverdragelse samt velfærdsteknologi og telemedicin

I Sundhedsaftaleperioden 2015-18 har der været seks følgegrupper:

- Følgegruppen for forebyggelse
- Følgegruppen for behandling og pleje
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for økonomi, kvalitet, og effekt
- Følgegruppen for opgaveoverdragelse
- Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin

I forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsaftalen 2019-23 er man nået frem til at nedlægge følgegrupperne for økonomi, kvalitet og effekt, opgaveoverdrage samt velfærdsteknologi og telemedicin. Det Administrative Kontaktforum har besluttet, at der i hver af de nye følgegrupper, som skal understøtte sundhedsaftalearbejdet, skal indgå medlemmer, som har kendskab til monitorering, velfærdsteknologi og telemedicin samt opgaveoverdragelse. De fire nye følgegrupper er:

- Følgegruppen for forebyggelse
- Følgegruppen for behandling og pleje
- Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering
- Følgegruppen for uddannelse og arbejde

Kommissorierne har været i høring hos de eksisterende seks følgegrupper, som alle pointerer, at det vurderes uhensigtsmæssigt at placere ansvaret for hvert arbejdsområde, herunder monitorering, opgaveoverdragelse og velfærdsteknologi/telemedicin, i hver enkel følgegruppe uden at sikre sammenhæng på tværs af grupperne og uden at sikre klar arbejds- og ansvarsfordeling i relation til de tre områder.

På baggrund af de indkomne høringssvar samt de efterfølgende drøftelser i såvel kommunalt som regionalt regi stilles forslag om, at der arbejdes videre med én af de tre nedenstående modeller for varetagelsen af de tre områder.

Model 1 (som er skitseret i det administrative tillæg til Sundhedsaftalen 2019-23)

De fire nye følgegrupper er sammensat således, at de hver især rummer kompetencer inden for sundhedsteknologi (velfærdsteknologi og telemedicin), monitorering og opgaveoverdragelse. Fordelen ved denne model er, at følgegrupperne løbende er opmærksomme på, at sundhedsteknologi, monitorering og opgaveoverdragelse tænkes ind som faste elementer i de eksisterende og nye indsatser, og at man allerede ved planlægningen af en ny indsats får afsøgt, hvorvidt, hvordan og hvornår der skal indtænkes sundhedsteknologi, monitorering og opgaveoverdragelse. Ulempen er, at det kan være vanskeligt at sikre en ensartet tilgang til områderne på tværs af følgegruppernes arbejde, idet der ikke er planlagt løbende koordinering mellem repræsentanterne for de tre områder i de fire følgegrupper. Ligeledes kan det være en udfordring at få placeret det reelle stykke arbejde, som skal løftes, særligt i forhold til monitorering, da et enkelt medlem af en følgegruppe vil have vanskeligt ved at løfte opgaven alene.

Model 2 – stående arbejdsgrupper for monitorering, opgaveoverdragelse og sundhedsteknologi

Der nedsættes tre stående, tværgående arbejdsgrupper vedr. monitorering, opgaveoverdragelse og sundhedsteknologi. Arbejdsgrupperne består hvert af fire medlemmer, to regionale og to kommunale, som har særlige kompetencer indenfor hvert af de tre områder. Arbejdsgrupperne får til opgave at følge følgegruppernes arbejde på dét af de tre områder, som de repræsenterer, herunder enten monitorering, opgaveoverdragelse eller sundhedsteknologi. Arbejdsgrupperne orienterer sig løbende i følgegruppernes dagsordener og referater med henblik på at identificere de områder, hvor deres assistance er påkrævet, og inddrages i møderne i følgegrupperne ved behov. Derudover deltager de i følgegruppesekretærmøderne samt varetager planlægning, udførelse og evaluering af opgaver indenfor henholdsvis monitorering, opgaveoverdragelse og sundhedsteknologi. Det skønnes, at der vil være et vist ressourcetræk på arbejdsgruppemedlemmerne, som fordeles ligeligt mellem kommunerne og regionen.

Fordelene ved denne model er, at den vil kunne igangsættes relativt hurtigt og således være klar, når det øvrige samarbejde i regi af Sundhedsaftalen 2019-23 igangsættes. Ligeledes vil der med denne model være mulighed for synergi i arbejdet med de tre områder på tværs af de fire følgegrupper, således at der kan nedfældes overordnede principper eller udvikles overordnede modeller for henholdsvis monitorering, opgaveoverdragelse og sundhedsteknologi. Ulempen ved modellen er, at det, belært af tidligere erfaringer fra arbejdsgrupper på områderne, vil kræve et stort ressourcetræk, som det vil være vanskeligt at allokere tilstrækkelig arbejdskraft til.

Model 3 – der allokeres ressourcer svarende til 2x3 årsværk, der skal varetage opgaverne på de tre områder

Der allokeres ressourcer svarende til skønnet to gange tre årsværk, dvs. tre fælleskommunale og tre regionale årsværk, som til sammen skal løfte opgaverne på henholdsvis monitorerings-, opgaveoverdragelses- samt sundhedsteknologiområdet. De regionale og kommunale årsværk skal to og to hovedsageligt løse opgaver inden for henholdsvis monitorering, opgaveoverdragelse og velfærdsteknologi. De orienterer sig således løbende i følgegruppernes dagsordener og referater med henblik på at identificere de områder, hvor deres assistance er påkrævet, og inddrages i møderne i følgegrupperne ved behov. Derudover deltager de i følgegruppesekretærmøderne samt varetager planlægning, udførelse og evaluering af opgaver indenfor henholdsvis monitorering, opgaveoverdragelse og telemedicin/velfærdsteknologi.

Fordelene ved denne model er, at der er tale om en varig bemanding med ressourcer, som er dedikerede til et område. På den måde kan sikres knowhow i forhold til de særlige tværsektorielle problemstillinger på det enkelte område og på sigt også historisk kendskab til igangværende og tidligere indsatser. Ligeledes vil denne model, som det også er tilfældet i model to, sikre synergi på de tre områder på tværs af de fire følgegrupper. Ulempen er tidsperspektivet, idet det vil kræve bevilling af midler, opslag af stillinger samt en indlæringsperiode for nye medarbejdere. Herudover er modellen selvfølgelig også betinget af, at region og kommuner skal blive enige om at allokere separate midler til ansættelserne.

Kommissorium og forretningsorden for Det Administrative Kontaktforum (DAK)

Kommissorium

Grundlag
Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023, som er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsråd. Sundhedsaftalen er den formelle ramme om et forpligtende samarbejde, hvor kommuner og region sammen med almen praksis sætter mål, som vi ved fælles hjælp arbejder frem imod og følger systematisk op på.

Sundhedsaftalen, og det dertilhørende administrative tillæg, indeholder bl.a. en beskrivelse af organiseringen af det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Her fremgår bl.a. følgende: *Det overordnede politiske organ på sundhedsaftaleområdet er Sundhedskoordinationsudvalget, og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum.*

Kompetencer og opgaver
Det Administrative Kontaktforum har følgende kompetencer og opgaver:

- Understøtte Sundhedskoordinationsudvalgets politiske arbejde
- Sikre målopfyldelse af de politiske visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023
- Sikre et effektivt, konstruktivt og udviklingsorienteret samarbejde på et strategisk niveau og på tværs af region, kommuner og almen praksis
- Ansvar for, at der sker tværgående kommunikation og information vedr. opgaver i det tværsektorielle samarbejde i forhold til region, sygehuse, praksissektoren, kommunerne samt øvrige relevante samarbejdspartnere
- Etablere en understøttende administrativ organisering og sikre et tæt samarbejde med de etablerede ledelsessystemer i regionen, kommunerne og praksissektoren
- Fungere som administrativ styregruppe for den administrative organisering under Sundhedsaftalen 2019-2023, herunder:
    - Sikre sammenhæng mellem administrative beslutninger om sundhedsaftalens udarbejdelse og tværsektorielle implementering, herunder foretage nødvendige prioriteringer
    - Nedsætte og opløse følgegrupper mv. og derigennem understøtte udviklingen, implementeringen, opfølgningen og evalueringen af Sundhedsaftalens forskellige indsatser og aftaler
    - Træffe beslutninger af principiel administrativ karakter inden for Sundhedsaftalens rammer

Formandskabet for Det Administrative Kontaktforum har kompetence til at godkende konkrete sager, der ikke har principiel karakter.

Beslutninger i Det Administrative Kontaktforum træffes som udgangspunkt i enighed. Ved eventuel uenighed mellem partnerne i forbindelse med sager til Sundhedskoordinationsudvalget, følgegrupperne o.a. skal dette fremgå af sagsfremstilling og indstilling samt mødereferater.

Sammensætning
Det Administrative Kontaktforum består af følgende ledelsesrepræsentanter:

- x medlemmer fra Region Syddanmark, heraf udpeges en regional formand
- x medlemmer fra de syddanske kommuner, heraf udpeges en kommunal formand

- 2 medlemmer fra PLO Syddanmark

Sammensætningen af Det Administrative Kontaktforum skal sikre, at alle visionsområder i Sundhedsaftalen 2019-2023 repræsenteres ved forummets medlemmer.

Det Administrative Kontaktforum sekretariatsbetjenes af Koordinationsgruppen.

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage, er det medlemmets ansvar at afstemme og videregive sine bemærkninger til de øvrige deltagere forud for mødet. For at sikre kontinuitet i forummets arbejde kan der ikke sendes suppleanter.

Forretningsorden

Mødeafholdelse
Der afholdes som udgangspunkt et ordinært møde i Det Administrative Kontaktforum fem gange om året af to timers varighed, dog med mulighed for forlængelse. De ordinære møder i Det Administrative Kontaktforum afholdes som udgangspunkt cirka en måned forud for møderne i Sundhedskoordinationsudvalget.

Foruden de fem ordinære møder pr. år afholdes der:

- Et årligt møde mellem Det Administrative Kontaktforum og alle følgegrupperne
- Et årligt politisk møde mellem Sundhedskoordinationsudvalget og lokale udvalgsformænd
- En årlig inspirationsdag med besøg på en institution eller lignende enten nationalt, regionalt eller kommunalt og med eventuel deltagelse af medlemmer af følegrupperne.

Herudover kan Formandskabet indkalde til ekstraordinære møder, ligesom Formandskabet kan vælge at afholde formandsmøder efter behov.

Afbud meddeles til både sekretariatet og formandsskabet.

Formanskabet for Det Administrative Kontaktforum afholder forud for hvert ordinært møde et telefonisk formøde. Formøderne afholdes cirka en måned forud for de ordinære møder i Det Administrative Kontaktforum.

Dagsorden
Dagsordenen opdeles i tre overordnede punkter: Strategiske drøftelser, enkeltsager og skriftlige orienteringer. På det foregående møde i Det Administrative Kontaktforum aftales temaer til strategisk drøftelse, som forummet ønsker at drøfte ved næstkommende møde. For at frigive tid til strategiske drøftelser vil sager af orienterende karakter blive sat på dagsordenen til skriftlig orientering. Formandskabsgodkendte sager vil blive sat på dagsordenen til skriftlig orientering. De skriftlige orienteringer vil kun blive drøftet på selve møderne, såfremt et medlem af Det Administrative Kontaktforum ønsker det.

Dagsorden med bilag udsendes som udgangspunkt senest to uger før, mødet skal afholdes. Når særlige forhold gør sig gældende, kan eftersendelse af dagsordenspunkter og materiale finde sted. Alle medlemmer kan fremsende punkter til behandling i Det Administrative Kontaktforum. Sagsfremstillingen skal indeholde en kort beskrivelse af sagen samt en klar og præcis indstilling om, hvad Det Administrative Kontaktforum skal tage stilling til. Af hensyn til den samlede dagsordensmængde indstilles det, at omfanget af bilag søges begrænset mest muligt. Dagsorden besluttes og godkendes af Formandskabet, der indkalder til møderne.

Referat

Beslutningsreferat udarbejdes umiddelbart efter møderne i Det Administrative Kontaktforum, og skal indeholde den nødvendige baggrundsinformation og lignende af hensyn til forståelsen og gennemsigtighed for samarbejdsparter i alle berørte sektorer. Eventuel uenighed eller forskellige principielle synspunkter skal fremgå af referatet, såfremt en part anmoder om det. Referatet godkendes ved skriftlig høring af medlemmerne af Det Administrative Kontaktforum med to hverdages svarfrist. Referatet skal indeholde oplysninger om, hvilke medlemmer der var til stede samt eventuelle afbud.

Dagsordner og referater fra møderne i Det Administrative Kontaktforum er, i det omfang de ikke indeholder fortrolige oplysninger, tilgængelige for offentligheden på Region Syddanmarks og Det fælleskommunale sundhedssekretariats hjemmesider.

Mødeledelse
Formandskabet leder mødet i Det Administrative Kontaktforum.

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx.xx.xxxx.

Generisk kommissorium for de lokale samordningsfora

Kommissorium

Grundlag
Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023, som er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsråd. Sundhedsaftalen er den formelle ramme om et forpligtende samarbejde, hvor kommuner og region sammen med almen praksis sætter mål, som vi ved fælles hjælp arbejder frem imod og følger systematisk op på.

Det administrative tillæg til Sundhedsaftalen indeholder blandt andet en beskrivelse af organiseringen af det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet, jf. vedlagte bilag.

Lokale samordningsfora
I det administrative tillæg beskrives det, at parternes ledelsessystemer har ansvaret for, at Sundhedsaftalen implementeres i egen organisation. Implementeringen understøttes af de lokale samordningsfora, som består af repræsentanter fra sygehusene, kommunerne og de praktiserende læger. De lokale samordningsfora er aktive medspillere i forhold til at udvikle og implementere de aftaler og indsatser, som følgegrupperne udarbejder.

Der er som udgangspunkt fire somatiske og fire psykiatriske lokale samordningsfora organiseret omkring de fem sygehusenheder i Region Syddanmark. De somatiske og psykiatriske samordningsfora skal samarbejde om at løfte sundhedsaftalearbejdet. Der gives nedenfor eksempler på mulige niveauer af samarbejdskonstellationer, herunder:

- Et sammenlagt psykiatrisk og somatisk samordningsforum
- Et samarbejdende psykiatrisk og somatisk samordningsforum, som f.eks. mødes samme dag og har et overlappende møde af f.eks. 1-2 timers varighed, eller med jævne mellemrum holder fællesmøder eller lignende.
- Personsammenfald på x antal personer i begge samordningsfora.

Der er, udover ovenstående modeller, også mulighed for at vælge andre modeller.

De enkelte lokale samordningsfora træffer beslutning om, hvilken model der arbejdes ud fra lokalt. Når organiseringen er på plads, meldes dette ud i Sundhedsaftaleorganisationen, herunder også til Koordinationsgruppen.

Samordningsforaene skal lave samarbejdsaftaler med sygehusenheder uden for det konkrete samordningsforum, hvis det vurderes at være nødvendigt. Samarbejdsaftalerne skal indeholde beskrivelser af, hvordan samarbejdet omkring planlægning og implementering kan håndteres.

Opgaver for de lokale samordningsfora
Konkret skal de lokale samordningsfora:

- Planlægge, koordinere og beslutte, hvorledes den lokale implementering af Sundhedsaftalens indsatser skal forløbe, når de er godkendt i DAK, herunder eksempelvis samarbejdsaftaler, forløbsprogrammer mv.
- Medvirke til at sikre målopfyldelse på de politiske målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023
- Sikre sammenhængende forløb for borgere mellem Sundhedsaftalens parter i henhold til aftalte initiativer og indsatser
- Udvikle og afprøve nye samarbejdsformer og løsninger samt indgå lokaleaftaler, som senere måske kan udbredes til hele regionen

- Løbende inddrages i følgegruppernes udvikling af samarbejdsaftaler mv.
- Følge samarbejdet og bidrage til at monitorere og evaluere konkrete indsatser i Sundhedsaftalen i det omfang, det er besluttet
- Sikre gensidig og rettidig information om nye tilbud, driftsændringer mv. og løbende koordinere kapaciteten mellem kommuner og sygehuse
- Efter konkret beslutning nedsætte ad hoc grupper til udførelse af lokale fælles planlægnings- og implementeringsopgaver samt opfølgningstiltag
- Sikre sammenhæng i patientforløb og koordinere med de øvrige samordningsfora

Kompetencer og organisering
De lokale samordningsfora består af repræsentanter fra kommunerne, sygehusene og almen praksis, og formandskabet kan med fordel være delt mellem de tre parter.

De lokale samordningsfora skal være beslutningsdygtige, hvorfor parterne skal stille med faste repræsentanter, der har det nødvendige mandat, overblik og beslutningskompetence.

For at sikre implementering af alle indsatser i Sundhedsaftalen skal repræsentanterne i det enkelte lokale samordningsforum samlet set have indsigt i og viden om alle visionsområderne i Sundhedsaftalen. Der skal derfor sikres viden indenfor sundhedsområdet, arbejdsmarkeds-, uddannelses og børne- og ungeområdet. For at sikre kontinuitet skal der deltage repræsentanter fra følgegrupperne i de lokale samordningsfora og om muligt reprætanter fra Det Administrative Kontaktforum.

Forretningsorden
Retningslinjer for mødekadence, mødesteder, mødeledelse, opbygning af dagsorden og referat aftales lokalt i det enkelte samordningsforum.

Kommissorium for Koordinationsgruppen

Grundlag
Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har indgået Sundhedsaftalen 2019-2023, som er godkendt i kommunalbestyrelser og regionsråd. Sundhedsaftalen er den formelle ramme om et forpligtende samarbejde, hvor kommuner og region sammen med almen praksis sætter mål, som vi ved fælles hjælp arbejder frem imod og følger systematisk op på.

Det administrative tillæg til Sundhedsaftalen indeholder blandt andet en beskrivelse af organiseringen af det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet, jf. vedlagte bilag.

Kompetencer og opgaver
Koordinationsgruppen har følgende opgaver og kompetencer:

- Sikre en hensigtsmæssig koordinering og kommunikation vedrørende beslutninger, indsatser mv. mellem Sundhedskoordinationsudvalget, Det Administrative Kontaktforum, følgegrupperne, de lokale samordningsfora og andre relevante samarbejdspartnere i det tværsektorielle sundhedssamarbejde
- Sekretariatsbetjening af Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum, herunder sikre, at:
    - Dagsordener, mødereferater, mødeinvitationer mv. udarbejdes og udsendes til alle relevante parter
    - Relevante sager bringes ind i Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum, og at sagerne fremstår tydelige og har et tilstrækkeligt og relevant informationsniveau og beslutningsgrundlag

Sammensætning
Koordinationsgruppen består af følgende repræsentanter:
- 2-3 repræsentanter fra Region Syddanmark
- 2-3 repræsentanter fra Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat
- 1 repræsentant fra PLO Syddanmark

Møder
Koordinationsgruppen deltager i formøder, ordinære møder, årlige fællesmøder med følgegrupperne, inspirationsdage og eventuelle ekstraordinære møder i regi af Det Administrative Kontaktforum.

Efter hvert ordinært møde i Det Administrative Kontaktforum afholder Koordinationsgruppen møde med følgegruppesekretærerne og sekretærerne for de lokale samordningsfora med henblik på at sikre videndeling til og fra Det Administrative Kontaktforum og på tværs af følgegrupper og de lokale samordningsfora.

Øvrige møder i koordinationsgruppen afholdes ad hoc. Der tages ikke referat fra møder i koordinationsgruppen.

Godkendt i Det Administrative Kontaktforum den xx.xx.xxxx.

Kick-off for arbejdet i følgegrupper under Sundhedsaftalen 2019-2023

Formål: Officiel igangsættelse af arbejdet i de nye følgegrupper – herunder at sikre en fælles forståelse for rammen omkring arbejdet i følgegrupperne

Dato: 13. november 2019

Sted: Region Syddanmark

Deltagere: Formandskabet for DAK, medlemmer i følgegrupperne og Koordinationsgruppen.

Baggrund

Der er med Sundhedsaftalen 2019-2023 opsat nogle præmisser for arbejdet i følgegrupperne, som har væsentlig betydning for arbejdet:

- De politiske visionsområder er afspejlet i følgegrupperne, samtidig med at der fortsat skal være opmærksomhed på indsatser fra den tidligere aftaleperiode. Det betyder, at nogle af følgegrupperne har nogle meget store opgaveporteføljer
- Samarbejdet mellem følgegrupperne og de lokale samordningsfora skal være tættere, så kommunikationen og implementeringen af sundhedsaftalens indsatsers styrkes
- Følgegrupperne skal have fokus på virkemidlerne i Sundhedsaftalen i alle deres indsatser: Sæt borgeren først, Tænk nyt- nye samarbejdsformer samt mest mulig sundhed for pengene.
- Der er ikke længere følgegrupper for velfærdsteknologi, kvalitet, effekt og økonomi samt opgaveoverdragelse. Det betyder, at alle følgegrupper skal have opmærksomhed på disse områder i alle deres indsatser

Program

14.00-14.30: Ankomst, kaffe og kage

14.30- 14.35: Velkomst ved Formandskabet for DAK, ved Arne Nikolajsen og Kurt Espersen

14.35- 15.00: Rammesætning og organisering ved Arne Nikolajsen og Kurt Espersen

15.00-15.45: Drøftelse af, hvordan følgegrupperne arbejder med og koordinerer sundhedsteknologi, opgaveoverdragelse, monitorering og ledelsesinformation

15.45-16.30: Drøftelse af, hvordan følgegrupperne sikrer, at de politiske virkemidler bringes i spil i arbejdet i følgegrupperne

16.30 -16.45: Opsamling

16.45 : Tak for i dag

regionmidtjylland

Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer

Rapportering af data fra HjerteKomMidt
i den midtjyske region for perioden 1.januar 2018
til den 31. december 2018

DEFACTUM

Opgørelse af kommunale hjerterehabiliteringsindikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt i den midtjyske region for perioden 1. januar 2018 til 31. december 2018.
©DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2019

Denne rapport er udarbejdet i et samarbejde mellem de midtjyske kommuner i regi af Den Kommunale Styregruppe på Sundhedsområdet i den midtjyske region (KOSU) og Region Midtjylland.

Der er etableret en følgegruppe, som er ansvarlig for indhold i rapporten.
Følgegruppen består af:
Anders Kjærulff, direktør i Silkeborg Kommune, næstformand i KOSU
Mads Venø Jessen, specialkonsulent, KOSU
Marianne Balsby, sundhedscenterleder, Sundhedsafdelingen, Skive Kommune
Sanne Palner, udviklingsfysioterapeut, Rehabiliteringsenheden, Randers Kommune
Dorthe Klith, kontorchef, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
Helene Bech Rosenbrandt, specialkonsulent, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
Lisbeth Hoffmann Thomsen, kontorchef, DEFACTUM, Region Midtjylland
Hanne Søndergaard, projektleder, seniorkonsulent, DEFACTUM, Region Midtjylland

HjerteKomMidt er finansieret af kommunerne i den midtjyske region.
DEFACTUM varetager driften af databasen og er ansvarlig for analyser og udarbejdelse af denne rapport.

Rapporten er udarbejdet den 22. marts 2019:
Hanne Søndergaard, projektleder, seniorkonsulent, MPH, DEFACTUM
Tina Veje Andersen, sundhedsfaglig konsulent, cand. scient. san. publ., DEFACTUM
Klaus Nordentoft Lemvigh, sundhedsfaglig konsulent, cand. scient. san., DEFACTUM

Denne publikation citeres således:
Søndergaard H, Andersen TV, Lemvigh KN. Opgørelse af kommunale hjerterehabiliterings-indikatorer. Rapportering af data fra HjerteKomMidt i den midtjyske region for perioden 1. januar 2018 til 31. december 2018. Aarhus: DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2019
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Henvendelse vedrørende rapporten til:
Specialkonsulent Mads Venø Jessen, KOSU-sekretariatet:
jmav@aarhus.dk; tlf. 2134 6609.
Projektleder Hanne Søndergaard, DEFACTUM, Region Midtjylland (det faglige indhold):
hanne.soendergaard@stab.rm.dk; tlf. 2152 6487.

DEFACTUM
Region Midtjylland
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
www.defactum.dk

Indhold

Indledning	4
Status for HjerteKomMidt	5
Anbefalinger og konklusion	7
Resultatoversigt	8
Registrerede forløb i HjerteKomMidt	9
Inklusion og eksklusion fordelt på indikatorer	10
Populationsbeskrivelse	13
Indikator 1b: Vedholdende deltagere	15
Indikator 2a: Deltagelse i fysiske træningssessioner	17
Indikator 2b: Fysisk arbejdskapacitet	18
Indikator 3: Rygestop	20
Indikator 4: Diætbehandling	22
Indikator 5: Screening for angst og depression	23
Referencer	24
Bilag 1. Beregningsregler for indikatorerne	25
Bilag 2. Beskrivelse af borgere med hjertesygdom fordelt på diagnoser	31

Indledning

Dette er den anden offentlige rapport baseret på data fra den kommunale hjerterehabiliteringsdatabase i den midtjyske region, HjerteKomMidt, for perioden 1. januar 2018 til 31. december 2018.

Rapporten indeholder oplysninger om den ikke medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering i kommunerne i den midtjyske region. Indsatserne i rehabiliteringen består af patientuddannelse, fysisk træning, diætbehandling, rygestopintervention og en psykosocial indsats.

Den ikke medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering i Region Midtjylland overgik i 2016 fra hospitalsregi til kommunalt regi og hermed overgik også forpligtelsen til at registrere data for de indikatorer, der vedrører de overleverede indsatser i rehabiliteringen. Det er ikke muligt for kommuner at registrere data i den nationale Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD) i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I et samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne i den midtjyske region blev det derfor besluttet at oprette HjerteKomMidt til indtastning af kommunale data om de aktuelle indsatser. Kommunerne påbegyndte registrering i HjerteKomMidt senest den 1. januar 2017. HjerteKomMidt skal på sigt levere data til DHRD.

HjerteKomMidt indeholder opdateret visning af tidstro informationer til kommunerne herunder visning af den enkelte kommunes indikatoropgørelser. Dermed er kommunerne til enhver tid orienteret om egne resultater samt resultater på klynge- og regionsniveau. Resultaterne i denne rapport er i overensstemmelse med de løbende indikatorrapporteringer til kommunerne, og indeholder i overensstemmelse med anbefalingen i "Forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland" opgørelser over indikatorer samlet for alle diagnoser, der registerres i HjerteKomMidt: Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapoperation (1). Indikatorerne er opgjort efter de samme beregningsregler, som er anvendt i den nationale årsrapport fra DHRD (2016) (2). Beregningsgrundlaget for hver enkelt indikator fremgår af bilag 1.

Indikatorer og standarder er beskrevet i "Forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland" og er identisk med de nationale indikatorer og standarder for hospitaler fra DHRD (1). De aktuelle indikatorer med tilhørende standarder fremgår af nedenstående tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over indikatorer, der opgøres, med tilhørende standarder.

Nr.	Indikator	Standard
1b	Vedholdende deltagere: Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering	Mindst 75 %
2a	Deltagelse i fysiske træningssessioner: Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner	Mindst 70 %
2b	Fysisk arbejdskapacitet: Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest	Mindst 80 %
3	Rygestop: Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart, men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 60 %
4	Diætbehandling: Andel af borgere med hjertesygdom som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist/cand.scient. i klinisk ernæring ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet	Ikke fastsat
5	Screening for angst og depression: Andel af borgere med hjertesygdom, der er screenet for angst og depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet	Mindst 80 %

Ud over indikatoropgørelser indeholder rapporten en oversigt over antal registrerede borgere i HjerteKomMidt (Figur 1, Tabel 3), inklusion og eksklusion af borgere for hver enkelt indikator (Figur 2, Figur 3) samt en beskrivelse af de borgere, der indgår i opgørelserne (Tabel 4 og 5).

I opgørelsen har 18 af de i alt 19 midtjyske kommuner registreret borgere i databasen. Samsø Kommune indtaster som følge af få henvisninger til hjerterehabilitering ikke i databasen. Resultaterne præsenteres på regionalt niveau og klyngevis. I de angivne klynger indgår følgende kommuner i opgørelserne:

- Horsensklyngen: Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Odder Kommune og Skanderborg Kommune
- Midtklyngen: Silkeborg Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune
- Randersklyngen: Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Randers Kommune og Syddjurs Kommune
- Vestklyngen: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune
- Aarhusklyngen: Aarhus Kommune

I HjerteKomMidt registreres borgere med hjertesygdom over 18 år, der henvises til fase 2 rehabiliteringsforløb i kommunalt regi i Region Midtjylland via en almen genoptrænings-plan. Datatrækket for denne opgørelse er foretaget den 14. marts 2019 og inkluderer alle indtastede borgerforløb i de 18 kommuner. Data er trukket ved hjælp af benchmarking-funktionaliteten i HjerteKomMidt og er opgjort samlet for alle diagnoser.

Borgere kan indgå flere gange i opgørelserne, hvis de har haft flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode.

Status for HjerteKomMidt

Vurdering af datakvalitet og indsatser med henblik på at højne kvaliteten

I efteråret 2017 iværksatte kommunerne i regi af KOSU sekretariatet vurdering af datakvaliteten i HjerteKomMidt. Med udgangspunkt i udvalgte kvalitetstemaer var DEFACTUM i dialog med alle 18 kommuner. Denne proces førte til følgende justeringer i HjerteKomMidt pr. 17. maj 2018:

- Fjernelse af krav om samtykke
- Supplerende registreringer vedrørende borgere der:
    - ikke ønsker et forløb
    - træner på egen hånd
    - ikke får foretaget en fysisk test
    - ikke deltager i superviseret fysisk træning i kommunen
- Mulighed for at registrere kommentarer til fysisk test ved tilføjelse af årsag ved fravalg
- Mulighed for at registrere supplerende noter til forløbet som helhed ved opfølgning på rehabiliteringsplan
- Registrering af patientuddannelse

Ligeledes pr. 17. maj 2018 overgik HjerteKomMidt til en ny platform, som har givet indtastningsfladen et mere brugervenligt design samt øget performance og sikkerhed. Efter overgangen til ny platform var der behov for en tæt dialog med kommunerne i forhold vurdering af vellykket dataflytning.

Efter ønske fra kommunerne blev der den 7. november 2018 implementeret en benchmarking-funktionalitet, som giver hver kommune mulighed for i en selvvalgt tidsperiode at sammenligne egne indikatoropgørelser med niveauet for klyngerne og samlet for hele den midtjyske region. Resultaterne opgøres samlet for hjertesygdom, som

udgør diagnoserne iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapoperation. Ved implementering af en sorteringsfunktion i benchmarking-funktionaliteten vil det være muligt at opgøre indikatorer særskilt for iskæmisk hjertesygdom i lighed med de diagnoser, der rapporteres i den nationale DHRD. Det skal i 2019 vurderes, om denne funktion skal oprettes i HjerteKomMidt.

Der har i forbindelse med ovenstående ændringer og tilføjelser været en tæt dialog mellem kommunerne og DEFACTUM. Desuden har alle kommuner deltaget i undervisning i registrering i maj 2018 og marts 2019 samt i undervisning om anvendelse af alle uddatafunktioner i HjerteKomMidt i januar 2019. I tillæg hertil er der pågået en intensiv kvalitetsgennemgang af data i forbindelse med de ændringer, justeringer og tilføjelser, der er foretaget i HjerteKomMidt i 2018.

I løbet af andet kvartal 2019 oprettes en brugergruppe, som knyttes op på Følgegruppen for HjerteKomMidt. Formålet med etablering af denne gruppe er blandt andet at bidrage til sikring af høj datakvalitet, standardisering af registreringspraksis og ensartethed i de rehabiliteringsindsatser, som kommunerne i den midtjyske region tilbyder.

Rollestyringsfunktion

Primo 2019 blev det muligt for kommunerne selv at foretage en række funktioner, som DEFACTUM tidligere har varetaget. Brugere af HjerteKomMidt kan tildeles roller afhængig af hvilke funktioner, de skal varetage. Til hver rolle er således tildelt nogle rettigheder. Brugere af HjerteKomMidt kan tildeles følgende roller: lokal administrator, bruger, analysemedarbejder, leder.

Samarbejde med RKKP og DHRD

Efter aftale med kommunerne i den midtjyske region samarbejder DEFACTUM med RKKP om at gøre det muligt at videregive kommunale data fra HjerteKomMidt via RKKP's generiske webservice. Dette arbejde vil foregå i 2019.

DHRD har udviklet nye indikatorer, hvoraf formentlig fire indikatorer vil få betydning for kommunerne. Hvornår de nye indikatorer skal tages i anvendelse er endnu ikke besluttet, men Følgegruppen for HjerteKomMidt vil arbejde på at afdække dette nærmere.

Databasekomplethed

Et generelt krav til databaser er høj databasekomplethed. Fuld databasekomplethed betyder, at alle borgere, der opfylder inklusionskriterierne for databasen, registreres. Graden af databasekomplethed besvarer således spørgsmålet: Hvor stor en andel af de borgere, der opfylder inklusionskriterierne til HjerteKomMidt databasen, er registreret i databasen (3). Databasekompletheden er ikke opgjort i denne rapport. Da HjerteKomMidt er en ny database, har det endnu ikke været et indsatsområde. I det videre udviklingsarbejde vil der fortsat være fokus herpå.

Opsamling på kommentarer fra kommuner

Følgende punkter er en opsamling på de kommentarer, som kommunerne har afgivet til denne opgørelse af indikatorerne for 2018.

- Oplevelse af bredere gruppe af deltagere og den betydning det kan have for indikatorerne
- Relevant at se mere differentieret på, hvorvidt borger har deltaget i den del af forløbet, som borger er "gået ind til"
- Platformsskifte har givet uregelmæssigheder i data
- Gennemgang af antal modtagne genoptræningsplaner har præciseret antallet af indtastninger i databasen
- Indikator 1b
    - Er udtryk for registreringspraksis

- Indikator 2a
    - Tager ikke højde for individuelt tilrettelagte forløb og borgere der vælger superviseret træning, men ønsker øget selvtræning i løbet af forløbet
- Indikator 3
    - For kort periode til at ændre fra ryger til ikke-ryger
    - Der er mange tilfælde, hvor borger ikke bliver røgfri, men hvor rygningen reduceres betydeligt
- Indikator 4
    - Formodning om, at der ikke er ensartethed i registrering af diætbehandling kommunerne imellem

Anbefalinger og konklusion

HjerteKomMidt har eksisteret i godt 2 år. Kommunerne i den midtjyske region har indarbejdet registrering i HjerteKomMidt i deres daglige rutiner og arbejder interesseret og målrettet med at opnå bedst mulig datakvalitet. I lighed med rapporteringen for 2017 vurderes datakvaliteten at være solid og have et godt afsæt i den nuværende og fremadrettede monitorering, og der er opbygget et godt afsæt til videregivelse af data til den nationale DHRD. Det anbefales fortsat, at der fokuseres på at få data registreret i databasen tidstro.

Indikatorerne i denne rapportering for 2018 data er udelukkende opgjort for hjertesygdom, som udgør diagnoserne iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt samt hjerteklapopererede. Resultaterne på regionalt niveau for hjertesygdom er, at to indikatorer er tæt på at opfylde standarden (vedholdende deltagere, screening for angst og depression), mens tre indikatorer ikke opfylder standarden (80% deltagelse, 10% stigning i fysisk arbejdskapacitet og rygestop). For én indikator er der ikke fastsat en standard (diætbehandling). Der ses ikke de store afvigelser fra 2017 opgørelsen.

I opgørelsen af indikatoren for diætbehandling ses en stor variation mellem klyngerne. Det anbefales, at klyngerne arbejder på at afdække årsagen hertil. Desuden bør der fremadrettet være fokus på registrering af diagnose, udskrivningsdato og erhvervsuddannelse, da der her forekommer mange uoplyste værdier.

Det er væsentligt at fokus er rettet på harmonisering af registreringspraksis i de 18 kommuner, herunder i tvivlstilfælde at anvende de rammedokumenter, der fastsætter registreringspraksis samt sikre, at nye medarbejdere rutinemæssigt introduceres til HjerteKomMidt, herunder også registreringspraksis. Specielt kriterierne angivet i Forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland bør overholdes i vurdering af indsatserne for fysisk træning og diætbehandling.

Indikatorerne er udviklet med henblik på praksis på hospitalerne. Det bør vurderes om de fremadrettet skal tilrettes, så de passer bedre til den kommunale praksis. I HjerteKomMidt databasen er data opgjort på baggrund af beregningsregler for hospitaler i overensstemmelse med den nationale DHRD rapport (2,4).

Der forestår et fremtidigt arbejde i at vurdere databasekomplethed i HjerteKomMidt.

Resultatoversigt

Nedenstående tabel 2 viser indikatorresultater på regionalt niveau for kommunal fase 2 hjerterehabilitering i den midtjyske region for den aktuelle opgørelsesperiode 1. januar 2018 til 31. december 2018 samt for opgørelsesperioden 1. januar 2017 til 31. december 2017.

I tabel 2 fremgår indikatorresultater med tilhørende standarder for alle diagnoser samlet: Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapoperation. Den samlede opgørelse af diagnoser er i overensstemmelse med anbefalingen i Forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland.

Tabel 2. Indikatorresultater for kommunal hjerterehabilitering i Region Midtjylland for 2018 og 2017 samlet for alle diagnoser: Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapoperation

		2018		2017	
	Standard	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**
1b: Vedholdende deltagere	75	1432/1988	72	774/1053	70
2a: Deltage i 80 % af trænings-sessioner	70	1065/1829	58	634/1111	57
2b: 10 % stigning i arbejdskapacitet	80	930/1448	64	720/1063	67
3: Rygestop	60	153/313	48	124/236	52
4: Diætbehandling	Ikke fastsat	1164/2083	55	627/1139	55
5: Screening for angst og depression*	80	1188/1522	78	795/991	80

*Silkeborg Kommune og de seks kommuner i Vestklyngen foretager ikke screening for angst og depression. Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

.

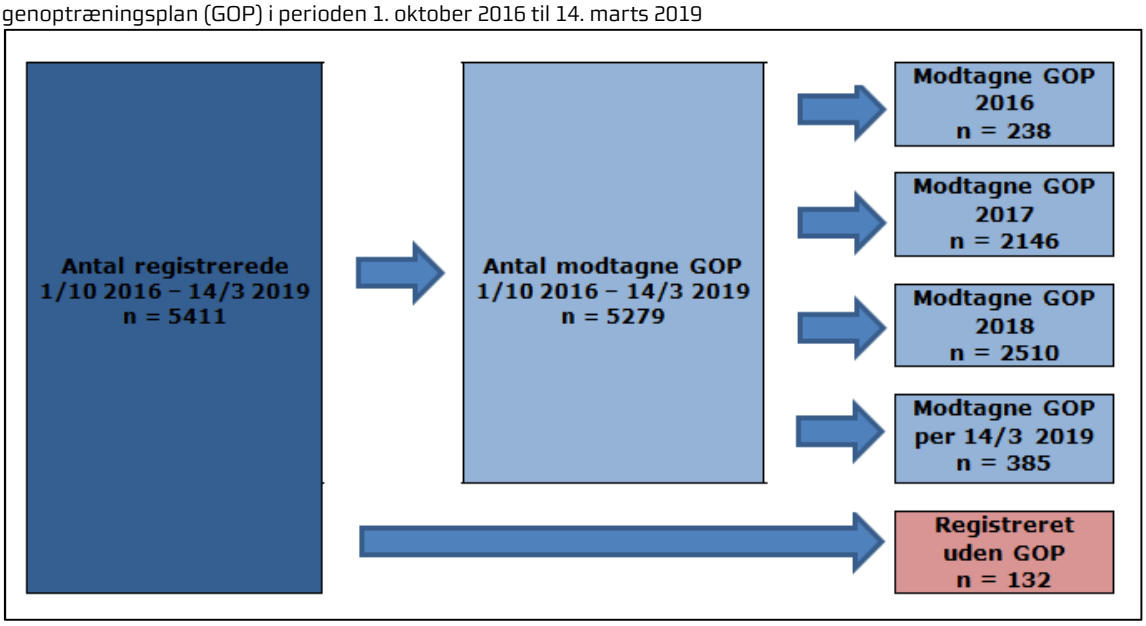
Registrerede forløb i HjerteKomMidt

I HjerteKomMidt er der i perioden 1. september 2016 til 14. marts 2019 i alt registreret 5411 borgere. Heraf er der 5279 borgere med en modtaget genoptræningsplan.
Af de 5279 borgere ønsker 4757 at tage imod tilbuddet om hjerterehabilitering svarende til en deltagelsesprocent på 90%.

I 2017 er der 2146 borgere registreret med en modtaget genoptræningsplan. Heraf ønsker1919 borgere at tage imod tilbuddet om hjerterehabilitering. I 2018 er der 2510 borgere registreret med en modtaget genoptræningsplan, hvoraf 2271 borgere ønsker at tage imod tilbuddet om hjerterehabilitering. Det samlede antal af borgere, der i 2017 og 2018 ønsker at tage imod tilbuddet om hjerterehabilitering i HjerteKomMidt, er således 4190.

I figur 1 ses en oversigt over antal registrerede borgere i HjerteKomMidt, der pr. dataudtrækningstidspunktet 14. marts 2019 har modtaget en genoptræningsplan opgjort pr. år.

Figur 1. Oversigt over antal borgere registreret i HjerteKomMidt fordelt på borgere med og uden en genoptræningsplan (GOP) i perioden 1. oktober 2016 til 14. marts 2019



Tabel 3 viser antal registrerede borgere i HjerteKomMidt, som har modtaget en genoptræningsplan fordelt på klynger for opgørelsesårene 2018 og 2017.

Tabel 3. Antal borgere registreret med en genoptræningsplan i HjerteKomMidt databasen for opgørelsesårene 2018 og 2017 fordelt på klynger

	2018	2017	Total
Region Midtjylland	2510	2146	4656
Horsensklyngen	391	333	724
Midtklyngen	567	581	1148
Randersklyngen	567	451	1018
Vestklyngen	555	503	1058
Aarhusklyngen	430	278	708

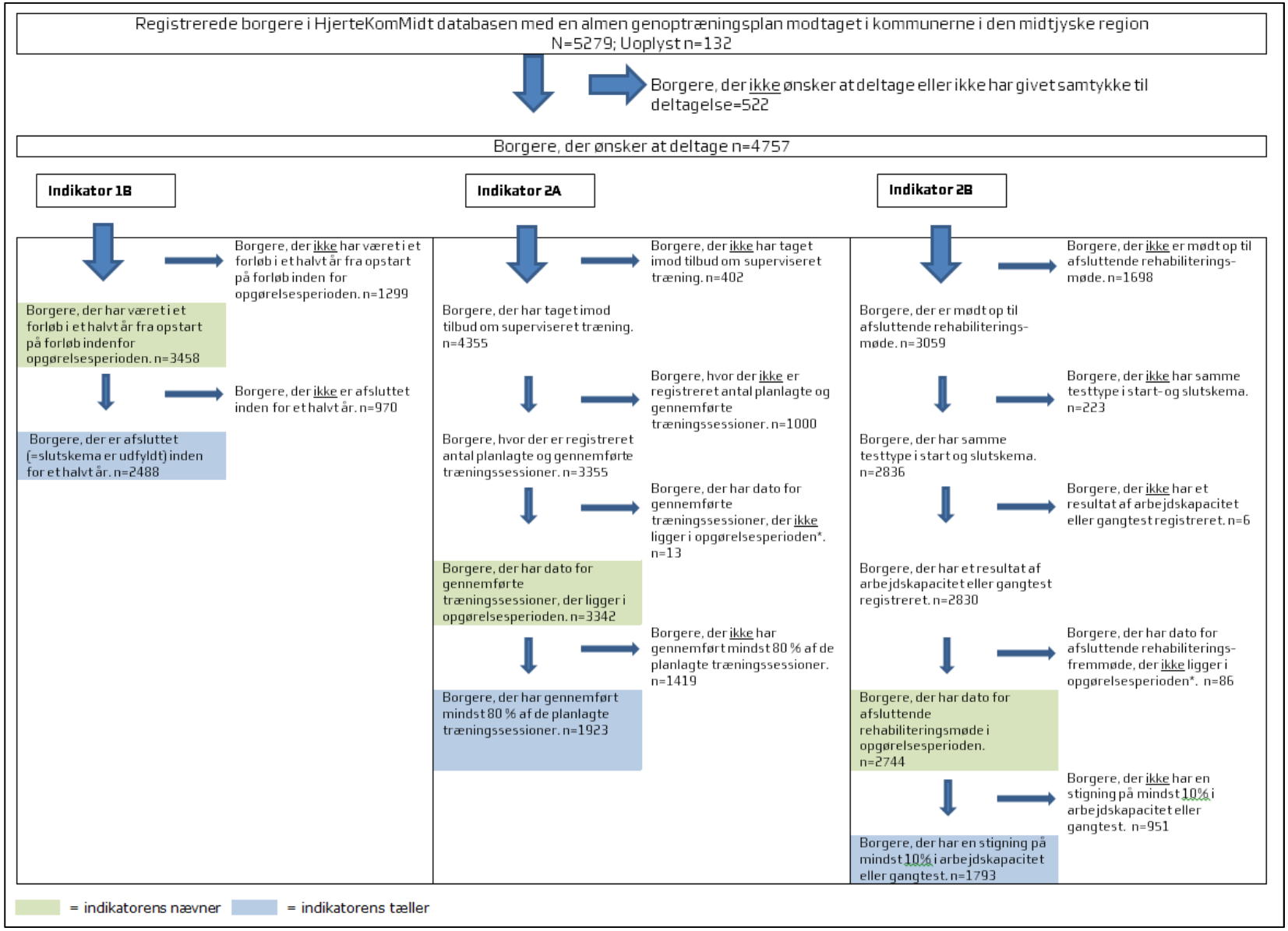
Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

Inklusion og eksklusion fordelt på indikatorer

Figur 2 og figur 3 viser for hver enkelt indikator inklusion og eksklusion af borgere registreret i HjerteKomMidt. De borgere, der indgår i indikatoropgørelserne er markeret for henholdsvis tæller (grøn) og nævner (blå).

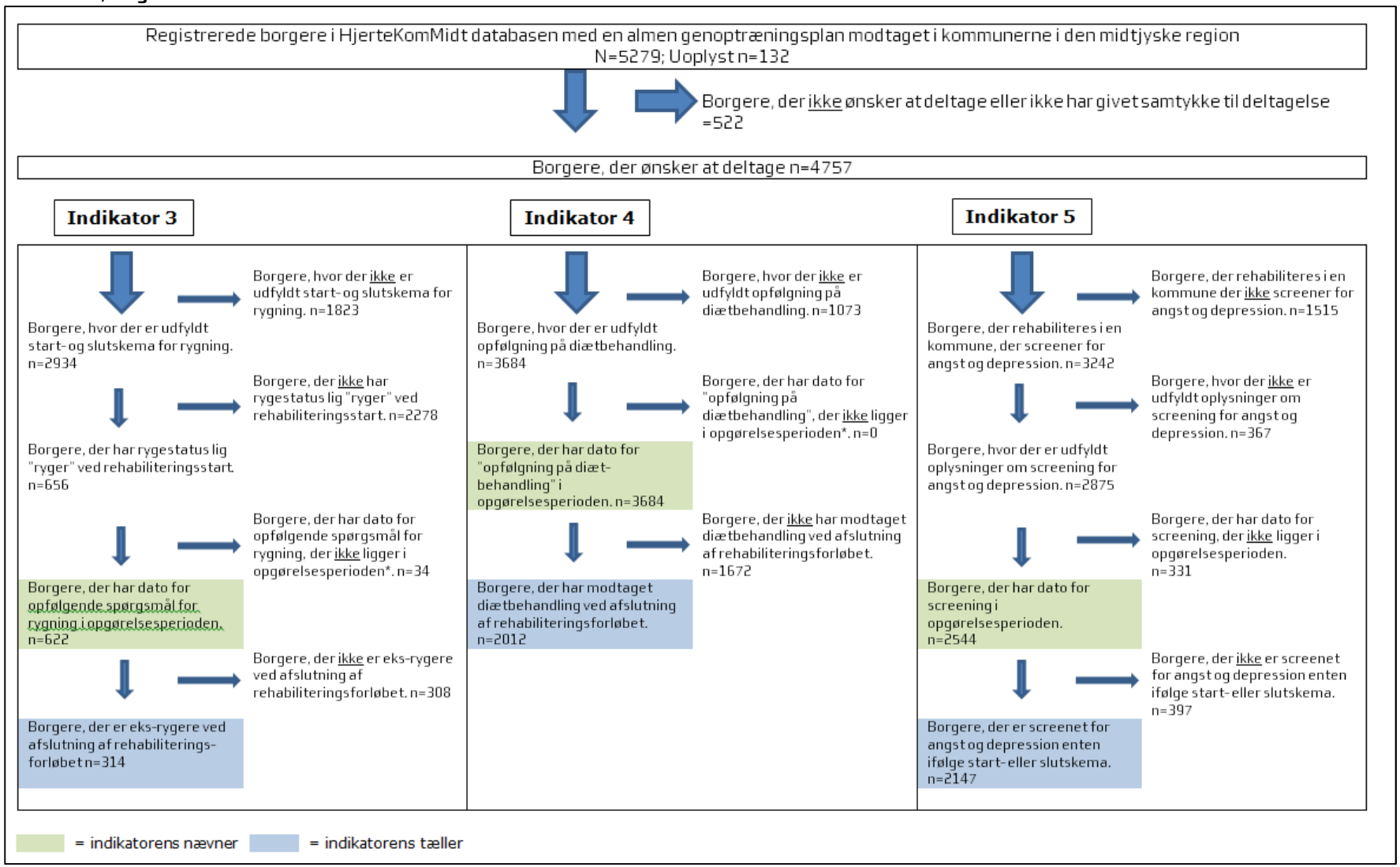
Figur 2. Inklusion og eksklusion for opgørelsesperiode 2018 fordelt på indikatorer for borgere med en registreret almen genoptræningsplan til kommunal hjerterehabilitering i Region Midtjylland i perioden 1. september 2016 til 14. marts 2019.

Indikator 1b, 2a og 2b:



Figur 3. Inklusion og eksklusion for opgørelsesperiode 2018 fordelt på indikatorer for borgere der modtager en almen genoptræningsplan til kommunal hjerterehabilitering i Region Midtjylland i perioden 1. september 2016 til 14. marts 2019.

Indikator 3, 4 og 5:



Populationsbeskrivelse

Nedenstående tabel 4 beskriver på udvalgte områder de borgere, hvor der er registreret en modtaget genoptræningsplan i 2018 og 2017, og som ønsker at deltage i hjerterehabiliteringen.

Tabel 4: Beskrivelse af borgere med hjertesygdom henvist til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i Region Midtjylland via almen genoptræningsplan i 2018 og 2017

	2018		2017		Total	
	Antal (n=2271)*	Andel (%)	Antal (n=1919)*	Andel (%)	Antal (n= 4190)*	Andel (%)
Køn						
Kvinde	623	27	528	27	1151	27
Mand	1648	73	1391	73	3039	73
Alder						
18-34 år	14	1	12	1	26	1
35-44 år	80	4	83	4	163	4
45-54 år	327	14	260	14	587	14
55-64 år	625	28	479	25	1104	26
65-79 år	1043	46	909	47	1952	47
80+ år	182	8	176	9	358	9
Bor borgeren alene						
Ja	543	24	486	25	1029	24
Nej	1672	74	1408	73	3080	74
Manglende oplysninger**	56	2	25	2	81	2
Civilstand						
Ugift	208	9	199	10	407	10
Gift	1521	67	1308	68	2829	67
Fraskilt	200	9	160	8	360	8
Enke/enkemand	191	8	149	8	340	8
Registreret partnerskab	11	1	10	1	21	1
Ophævet registreret partnerskab	<10	-	<10	-	<10	-
Længstlevende af to partnere	<10	-	<10	-	<10	-
Manglende oplysninger**	140	6	87	5	227	5
Erhvervsuddannelse						
Nej	148	7	164	9	312	7
Et eller flere kortere kurser	178	8	164	9	342	8
Faglært indenfor håndværk, handel, kontor mv.	841	37	697	36	1538	37
Kort videregående uddannelse, under 3 år	185	8	159	8	344	8
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	361	16	336	18	697	17
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år	155	7	141	7	296	7
Anden	39	2	35	2	74	2
Manglende oplysninger**	364	16	223	12	587	14
Tilknytning til arbejdsmarkedet						
Ja	850	37	734	38	1584	38
Nej	1367	60	1146	60	2513	60
Manglende oplysninger**	54	3	39	2	93	2
Er borgeren sygemeldt ved start						
Nej	1168	51	1055	55	2223	53
Ja, på fuld tid	319	14	265	14	584	14
Ja, på deltid	139	6	145	8	284	7
Ej relevant	556	25	371	19	927	22
Manglende oplysninger**	89	4	83	4	172	4

* Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode
**Manglende oplysninger er en summering af missing og uoplyste

I Tabel 5 ses, hvordan borgerne fordeler sig på diagnoserne iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hvor mange borgere, der er hjerteklapopererede. Opgørelsen er foretaget blandt de 2271 borgere i 2018 og de 1919 borgere i 2017, der er registreret med en modtaget genoptræningsplan, og som ønsker at deltage i hjerterehabiliteringen.

I bilag 2 fremgår en mere uddybende beskrivelse af diagnosefordelingen.

Tabel 5. Beskrivelse af antal deltagende borgere med hjertesygdom henvist til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i Region Midtjylland via almen genoptræningsplan i 2018 og 2017 fordelt på diagnoser

	2018	**2017**
Iskæmisk hjertesygdom	1615	1508
Hjerteklapopereret	208	190
Hjertesvigt	401	332
Andet	92	98
Uoplyst	2	0
Ingen diagnose registreret	152	2

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode.
Borgere kan desuden indgå i en eller flere af ovenstående kategorier

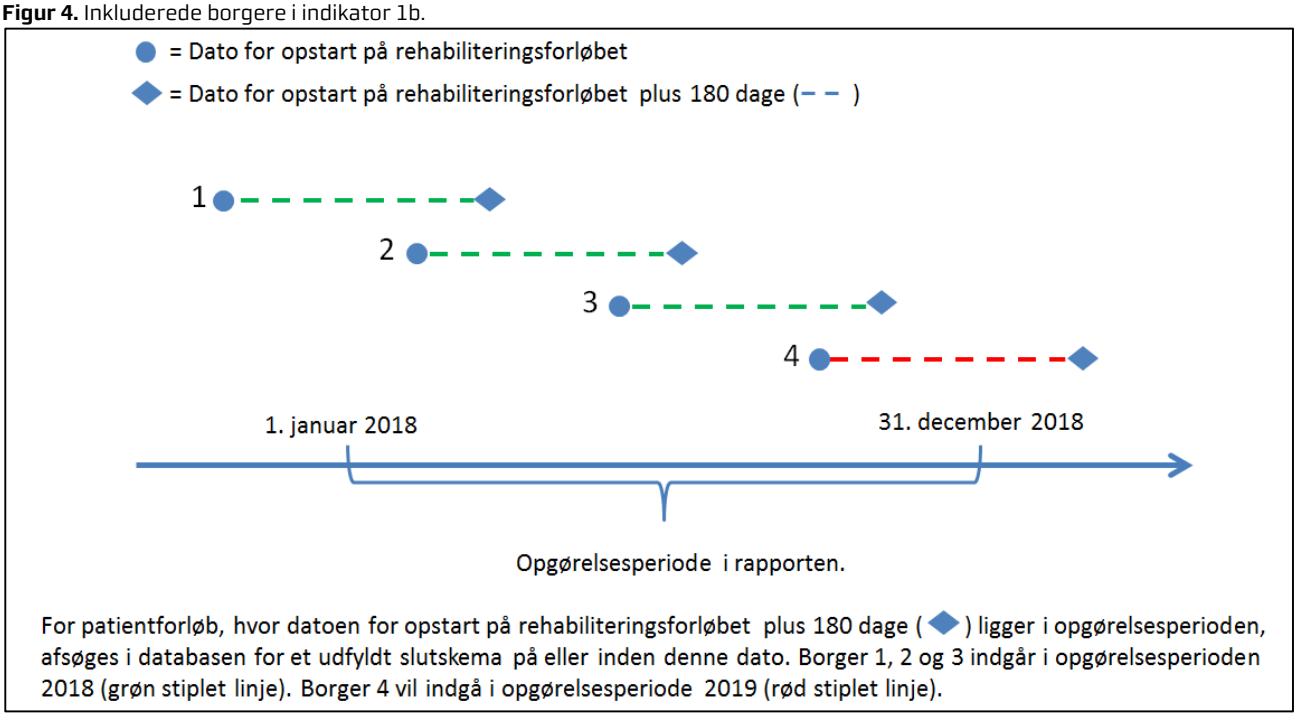
Indikator 1b: Vedholdende deltagere

Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering
Standard: 75 %

Tæller: Antal borgere med et udfyldt slutskema indenfor 180 dage efter rehabiliteringsstart (=vedholdende borgere)
Nævner: Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af de 18 registrerende kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan
OG
Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet
OG
Dato for "opstart på forløbet" plus 180 dage ligger i opgørelsesperioden

En vedholdende deltager er defineret som, at borgeren er færdigregistreret inden for alle indsatser i rehabiliteringsforløbet (superviseret fysisk træning, diætbehandling og rygestopkursus) inden for et halvt år (=180 dage) efter, at borgeren er startet på rehabiliteringsforløbet (2).
Det betyder, at borgeren skal have været i et forløb i mindst et halvt år, før borgeren inkluderes i indikatorberegningen, som vist på nedenstående figur 4.

Figur 4. Inkluderede borgere i indikator 1b.



Blandt de 1988 borgere, der på regionalt niveau har været i et forløb i mindst et halv år i opgørelsesperioden 2018, er der i alt 1432 borgere, som er færdigregistreret for hver af indsatserne superviseret træning, diætbehandling og rygestopkursus, og dermed er vedholdende, svarende til 72% (Tabel 6).

For nærmere beskrivelse henvises til inklusions- og eksklusionskriterier for indikatoren i figur 2 og 3 samt beregningsregler for indikatoren i bilag 1.

Tabel 6. Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering opgjort for 2018 og 2017

	2018			2017		
	Std. 75% opfyldt	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**	**Std. 75% opfyldt**	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**
Region Midtjylland	Nej	1432/1988	72	Nej	774/1053	70
Horsensklyngen	Nej	153/295	51	Nej	122/169	72
Midtklyngen	Ja	434/526	82	Ja	205/245	83
Randersklyngen	Ja	316/415	76	Nej	174/248	70
Vestklyngen	Ja	411/479	85	Nej	177/261	67
Aarhusklyngen	Nej	118/273	43	Nej	66/130	50

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

Kommentar til indikatoren
På regionalt niveau er 72% af borgerne i 2018 vedholdende i hjerterehabilitering og standarden på mindst 75% er således ikke opfyldt. Der ses en stigning på 2% på regionalt niveau i forhold til opgørelsen for 2017.

I den nationale årsrapport fra DHRD gør styregruppen opmærksom på, "at indikatoren er en opgørelse over, om der er indleveret et slutskema for et rehabiliteringsforløb, og ikke for om den enkelte patient har været vedholdende til rehabiliteringen. Det er derfor en mulighed, at indikatoren siger mere om en afdelings registrerings- og opfølgningspraksis, end om i hvor høj grad patienterne fuldfører rehabiliteringsforløbet. For nuværende er indikatoren dog den bedste proxy for vedholdenhed (2,4).

Kriteriet for denne indikator er, at borgeren er færdigregistreret inden for alle indsatser i rehabiliteringsforløbet (superviseret fysisk træning, diætbehandling og rygestopkursus) inden for et halvt år (=180 dage) efter, at borgeren er startet på rehabiliteringsforløbet.
Tidsperioden på et halvt år kan være for kort. Kommunerne kan have forløb, hvor borgere har behov for et mere "nænsomt" forløb og derfor modtager indsatserne forskudt over længere tid.

Som ved opgørelsen sidste år anbefales det, at der fokuseres på at få data registreret i databasen tidstro med henblik på, at denne indikator bliver så retvisende som muligt.

Indikator 2a: Deltagelse i fysiske træningssessioner

Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner
Standard: 70 %

Tæller: Antal borgere med hjertesygdom der har gennemført mindst 80 % af de samlede træningssessioner
Nævner: Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan
OG
Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet
OG
Borgere, der har "taget imod tilbuddet om superviseret fysisk træning"
OG
Antal planlagte og antal gennemførte træningssessioner for borgeren er registreret
OG
Når dato for registrering af antal gennemførte træningssessioner ligger i opgørelsesperioden.

Blandt de 1829 borgere der på regionalt niveau er registreret med både antal planlagte og gennemførte træningssessioner i opgørelsesperioden er der 1065, som har gennemført 80% af de planlagte træningssessioner svarende til 58% (tabel 7).

For en nærmere beskrivelse henvises til inklusions- og eksklusionskriterier for indikatoren i figur 2 og 3 samt beregningsregler for indikatoren i bilag 1.

Tabel 7. Indikator 2a. Andel borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner opgjort for 2018 og 2017

	2018			2017		
	Std. 70% opfyldt	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**	**Std. 70% opfyldt**	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**
Region Midtjylland	Nej	1065/1829	58	Nej	634/1111	57
Horsensklyngen	Nej	153/248	61	Nej	98/165	59
Midtklyngen	Nej	240/475	50	Nej	159/305	52
Randersklyngen	Nej	236/432	54	Nej	116/235	49
Vestklyngen	Nej	330/474	69	Nej	198/307	64
Aarhusklyngen	Nej	107/200	53	Nej	63/99	63

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

Kommentar til indikatoren
På regionalt niveau er der 58% af borgerne i opgørelsen fra 2018, som har gennemført mindst 80% af de planlagte træningssessioner, og standarden på mindst 70% er således ikke opfyldt. Det tilsvarende resultat i 2017 var 57%, og der ses dermed en stigning på 1% på regionalt niveau i forhold til opgørelsen fra 2017.

For denne indikator indgår kun superviseret fysisk træning, som forgår i kommunerne, hvor træningen svarer til de kriterier, som er beskrevet i forløbsprogrammet for hjertesygdom i Region Midtjylland (1). Borgere der vælger at træne på egen hånd indgår ikke i opgørelserne. Denne indikator opgør dermed de forløb, hvor borgere med sikkerhed modtager den anbefalede træning. Der er flere borgere, der ønsker at træne på egen hånd, som ikke indgår i denne indikator. Disse borgere indgår ikke, da der er usikkerhed om, hvorvidt de får den anbefalede fysiske træning.

Indikator 2b: Fysisk arbejdskapacitet

Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest
Standard: 80 %

Tæller: Antal borgere med hjertesygdom som har en stigning på mindst 10 % i arbejdskapacitet (watt) eller distance ved gangtest (meter)
Nævner: Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan
OG
Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet
OG
Borgere, der er mødt op til det afsluttende rehabiliteringsmøde
OG
Der er anvendt samme testtype i start- og slutskema
OG
Resultatet af arbejdskapacitetstesten eller gangtesten er registreret både ved start og ved slut
OG
Når dato for fremmøde til afsluttende rehabiliteringsmøde ligger i opgørelsesperioden

Blandt de 1448 borgere på regionalt niveau, hvor resultatet af testen af arbejdskapacitet eller gangtest er registreret ved opstart og ved afslutning af rehabiliteringsforløbet, er der 930 borgere i 2018, der har en stigning på mindst 10% i arbejdskapacitet eller distance ved gangtest svarende til 64% (tabel 8).

For en nærmere beskrivelse henvises til inklusions og eksklusionskriterier for indikatoren i figur 2 og 3 samt beregningsregler for indikatoren i bilag 1.

Tabel 8 Indikator 2b. Andel borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud, og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest opgjort for 2018 og 2017

	2018			2017		
	Std. 80% opfyldt	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**	**Std. 80% opfyldt**	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**
Region Midtjylland	Nej	930/1448	64	Nej	720/1063	67
Horsensklyngen	Nej	136/205	66	Nej	116/161	72
Midtklyngen	Nej	257/400	64	Nej	189/268	70
Randersklyngen	Nej	172/308	55	Nej	120/232	51
Vestklyngen	Nej	279/380	72	Nej	207/275	75
Aarhusklyngen	Nej	86/155	55	Nej	88/127	69

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

Kommentar til indikatoren
På regionalt niveau er der 64% af borgerne i opgørelsen fra 2018, der har en stigning på mindst 10% i arbejdskapacitet eller distance ved gangtest og standarden på mindst 80% er således ikke opfyldt. Det tilsvarende resultat på for 2017 er 67%, hvorfor der på regionalt niveau ses et fald på 3% i forhold til forrige opgørelse.

Nogle kommuner oplyser, at de borgere, der vælger at træne på egen hånd, får foretaget en test ved start og ved afslutning af den fysiske træning, og at borgerne deltager i de øvrige relevante kommunale tilbud. Derved kan de borgere, der træner på egen hånd, og hvor resultat af den fysiske test registreres i HjerteKomMidt databasen, indgå i opgørelse af indikator 2b: Fysisk arbejdskapacitet.

Indikatoren afhænger af, hvordan Watt Max testen og gangtesten udføres. For at sikre at resultaterne af testene er valide og sammenlignelige er det væsentligt, at testene udføres ens ved opstart og ved

afslutning af træningsforløbet, og at de udføres på samme måde kommunerne imellem. Blandt alle registrerede borgere i HjerteKomMidt har 93 % registreret anvendelse af ens testredskab ved start og ved slut (Jf. Bilag 1, tabel C).

Indikator 3: Rygestop

Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart, men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet
Standard: 60 %

Tæller: Antal borgere med hjertesygdom med rygestatus "eks-ryger" ved afslutning af rehabiliteringsforløbet
Nævner: Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan
OG
Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet
OG
Borgere har et udfyldt start- og slutskema for Rygning
OG
Borgere med rygestatus lig "ryger" eller " røgfri mere end 1 mdr., men mindre end 6 mdr." ved rehabiliteringsstart
OG
Når datoen for opfølgende spørgsmål for rygning ligger i opgørelsesperioden

Blandt de 313 borgere, der på regionalt niveau er registreret som rygere ved opstart af rehabiliteringen i kommunen i opgørelsesperioden 2018, er det angivet, at 153 borgere er eks-rygere ved afslutning af rehabiliteringsforløbet svarende til 48% (Tabel 9).

For nærmere beskrivelse henvises til inklusions- og eksklusionskriterier for indikatoren i figur 2 og 3 samt beregningsregler for indikatoren i bilag 1.

Tabel 9. Indikator 3. Andel borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart, men eks-rygere ved afslutning af rehabiliteringsforløbet opgjort for 2018 og 2017

	2018			2017		
	Std. 60% opfyldt	Tæller/nævner	Andel (%)	Std. 60% opfyldt	Tæller/nævner	Andel (%)
Region Midtjylland	Nej	153/313	48	Nej	124/236	52
Horsensklyngen	Nej	22/41	53	Nej	17/33	51
Midtklyngen	Nej	36/86	41	Nej	30/59	50
Randersklyngen	Nej	39/79	49	Nej	27/49	55
Vestklyngen	Nej	44/83	53	Nej	37/73	50
Aarhusklyngen	Nej	11/24	45	Nej	11/20	55

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

Kommentar til indikatoren

På regionalt niveau er der 48% af borgerne i opgørelsen fra 2018, som er registreret som rygere ved opstart af rehabiliteringen men eks-rygere ved afslutning af rehabiliteringsforløbet. Standarden på mindst 60% er således ikke opfyldt. Det tilsvarende resultat for 2017 er 52%, hvorfor der på regionalt niveau ses et fald på 4% i forhold til forrige opgørelse.

Der gøres opmærksom på, at der i den nuværende indberetningsflade ikke er en særskilt kategori for patienter, der har været røgfri mindre end en måned. Disse borgere klassificeres som rygere (2).

Det bemærkes, at antallet af rygere på regionalt og klyngeniveau er relativt lavt i opgørelsesperioden. Det stemmer overens med bemærkninger i seneste nationale årsrapport fra DHRDs styregruppe, som gør opmærksom på, at den lave andel af rygere i den nationale årsrapport over samme patientgruppe måske kan tilskrives, at der kan være tvivl om definitionen ved registrering af oplysninger om, hvorvidt borgeren er ryger eller ej ved opstart af rehabiliteringsforløbet (4).

I HjerteKomMidt registreres borgere med besvarelsen 'eks-ryger (røgfri mere end 1 mdr., men mindre end 6 mdr.)' som rygere ved opstart af rehabilitering og indgår samtidig som eks-rygere ved afslutning

af rehabiliteringsforløbet. Det vil sige, at borgere, der for nyligt er stoppet med at ryge tæller med som rygere ved opstart og som ikke-rygere ved afslutning. Dette er opgjort i tråd med beregningsregler anvendt i DHRD i regi af RKKP (2).

I HjerteKomMidt er det besluttet, at rygning registreres ved brug af cigaretter, cerutter, cigarer og pibe. Dermed kategoriseres E-cigaretter og snus ikke som rygning. I starten af opgørelsesperioden har der været uklarhed hos kommunerne om, hvorvidt disse skulle registreres som rygning.

Det lave antal af borgere opgjort i tabel 9 skyldes, at der kun er registreret få rygere ved start af rehabiliteringen (Figur 1 og bilag 1, tabel D). Størstedelen er registreret som ikke-rygere eller aldrig ryger.

Indikator 4: Diætbehandling

Andel af borgere med hjertesygdom, som har modtaget diætbehandling på hold eller individuelt i løbet af hjerterehabiliteringsforløbet
Standard: ikke fastsat

Tæller: Antal borgere med hjertesygdom hvor det er angivet, at borgeren har modtaget diætbehandling (på hold eller som individuelt tilbud)
Nævner: Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan
OG
Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet
OG
Der er udfyldt opfølgning på diætbehandling
OG
Når datoen for registrering af "opfølgning på diætbehandling" ligger i opgørelsesperioden

Blandt de 2083 borgere, hvor der på regionalt niveau i 2018 er registreret, hvorvidt de har modtaget opfølgning på diætbehandling på hold eller individuelt, er det angivet, at 1164 borgere har modtaget diætbehandling ved afslutning af rehabiliteringsforløbet svarende til 55% (Tabel 10).

For nærmere beskrivelse henvises til inklusions- og eksklusionskriterier for indikatoren i figur 2 og 3 samt beregningsregler for indikatoren i bilag 1.

Tabel 10 Indikator 4. Andel borgere med hjertesygdom, som har modtaget diætbehandling i løbet af rehabiliteringsforløbet opgjort for 2018 og 2017

	2018			2017		
	Ikke fastsat	Tæller/nævner	Andel (%)	Ikke fastsat	Tæller/nævner	Andel (%)
Region Midtjylland	-	1164/2083	55	-	627/1139	55
Horsensklyngen	-	210/289	72	-	120/175	68
Midtklyngen	-	195/526	37	-	132/324	40
Randersklyngen	-	195/478	40	-	151/268	56
Vestklyngen	-	442/563	78	-	123/255	48
Aarhusklyngen	-	122/227	53	-	99/115	86

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

Kommentar til indikatoren

På regionalt niveau er der 55% af borgerne i opgørelsen fra 2018, som har modtaget diætbehandling i løbet af rehabiliteringsforløbet. Det tilsvarende resultat for 2017 er ligeledes 55%, hvorfor resultatet på regionalt niveau er uændret. Standarden for denne indikator har i opgørelsesperioden ikke været fastsat.
Det bemærkes, at der ses stor variation mellem klyngerne i regionen. Således varierer andelen på klyngeniveau mellem 37% og 78%. Denne variation kan muligvis tilskrives forskelle i indberetnings-praksis kommunerne imellem samt forskellig forståelse af, hvornår og hvordan diætbehandlings-tilbuddet tilbydes.

Indikator 5: Screening for angst og depression

Andel af borgere med hjertesygdom, der er screenet for angst og depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet
Standard: 80%

Tæller: Antal borgere med hjertesygdom, som er screenet for angst og depression enten i følge start- eller slutskema
Nævner: Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af 18 registrerende kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan
OG
Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet
OG
Borgere, der rehabiliteres i en kommune, der screener for angst og depression
OG
Der er registreret oplysninger om screening for angst og depression
OG
Når datoen for screening for angst og depression ligger i opgørelsesperioden

I alt 11 kommuner anvender screening for angst og depression. Vestklyngen foretager ikke screening og blandt de tre kommuner i Midtklyngen foretager Silkeborg Kommune ikke screening. Det har været muligt at registrere screening for angst og depression i HjerteKomMidt databasen siden den 3. april 2017.
Blandt de 1522 borgere, hvor der er registreret information om, hvorvidt borgeren er screenet eller ej, er det angivet, at 1188 borgere er screenet svarende til 78% (Tabel 11).

For nærmere beskrivelse henvises til inklusions- og eksklusionskriterier for indikatoren i figur 2 og 3 samt beregningsregler for indikatoren i bilag 1.

Tabel 11. Indikator 5. Andel af borgere med hjertesygdom, der er screenet for depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet opgjort for 2018 og 2017

	2018			2017		
	Std. 80% opfyldt	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**	**Std. 80% opfyldt**	**Tæller/nævner**	**Andel (%)**
Region Midtjylland	Nej	1188/1522	78	Ja	795/991	80
Horsensklyngen	Nej	244/360	67	Nej	97/181	53
Midtklyngen	Ja	314/356	88	Ja	311/329	94
Randersklyngen	Ja	433/541	80	Ja	277/342	80
Vestklyngen	-	-	-	-	-	-
Aarhusklyngen	Nej	197/265	74	Nej	110/139	79

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode

Kommentar til indikatoren
På regionalt niveau er der i 2018 78% af borgerne, hvor der er registreret information om, hvorvidt borgeren er screenet eller ej. Det tilsvarende resultat for 2017 er 80%, hvorfor der på regionalt niveau ses et fald på 2% i forhold til forrige opgørelse.

Det er i denne opgørelse ikke muligt at afgøre, om der indgår borgere, som har været i behandling for depression inden deltagelse i den kommunale hjerterehabilitering. Dette afviger fra RKKPs beregningsregler, hvor disse borgere ikke indgår i beregningerne (2).

Registrering af screening i HjerteKomMidt databasen blev først muligt fra d. 3. april 2017. Borgere, der er startet før 3. april 2017 er inkluderet i opgørelsen af denne indikator, da det har været muligt at efterregistrere disse borgere.

Referencer

1. Forløbsprogram for Hjertesygdom i Region Midtjylland. 4. udgave. revideret 23. november 2015.
   https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/sundhedstilbud-og-forebyggelse/kronisk-sygdom/hjertesygdom/forlobsprogram-for-hjertesygdom-231115.pdf

2. Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD.) National årsrapport 2016. 1. juni 2016 – 31. maj 2017. Kommenteret version 13.10.2017.
   https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/hjerte-kar-sygdomme/hjerterehabilitering/

3. NIP-håndbogen. 1. version, august 2007. Kapitel 8: Datakvalitetssikring.
   https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/1846/1385432131/niphndbogen_audit.pdf

4. Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD.) National årsrapport 2017. 1. juni 2017 – 31. maj 2018. Endelig version 28.01.2019.
   https://www.sundhed.dk/content/cms/93/59693_dhrd_%C3%A5rsrapport-2017_28012019endelig_inkl-struktur-tabel-og-figur.pdf

Bilag 1. Beregningsregler for indikatorerne for perioden 1. oktober 2016 til 14. marts 2019

Indikator 1B. Andel af borgere med hjertesygdom som er vedholdende, blandt deltagere i kommunal hjerterehabilitering

Definition af tæller

4) Antal borgere blandt de i nævneren afgrænsede med et udfyldt slutskema indenfor 180 dage efter rehabiliteringsstart

Definition af nævner

1) Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af de 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan

2) Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet

3) Dato for "opstart på forløb" plus 180 dage ligger i opgørelsesperioden

Tabel A

<table>
<tr><td colspan="5">1) Er borgeren henvist fra et hospital i RM til kommunal fase 2 hjerterehabilitering via en almen GOP</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=123)</td><td>Nej
(n=9)</td><td colspan="3">Ja
(n=5279)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Ekskluder (n=132)</td><td colspan="3">2) Ønsker borgeren at deltage i rehabiliteringsforløbet</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=19)</td><td>Nej
(n=503)</td><td colspan="2">Ja
(n=4757)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ekskluder (n=522)</td><td colspan="2">3) Dato for opstart på forløb plus 180 dage ligger i opgørelsesperioden</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=5)</td><td>Nej
(n=2764)</td><td>Ja
(n=1988)</td></tr>
<tr><td>Ekskluder (n=2769)</td><td colspan="2">4) Er borgeren vedholdende? (slutskema udfyldt inden for 180 dage efter rehabiliteringsstart)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Nej*
(n=556)</td><td>Ja
(n=1432)</td></tr>
</table>

* Kategorien 'Nej' indeholder borgere, der har udfyldt slutskema efter de 180 dage efter opstart på forløb samt borgere, hvor der ikke er udfyldt slutskema

Indikator 2A. Andel af borgere med hjertesygdom som gennemfører mindst 80 % af de planlagte træningssessioner

Definition af tæller

6) Antal borgere med hjertesygdom blandt de i nævneren afgrænsede der har gennemført mindst 80 % af de samlede træningssessioner

Definition af nævner

1) Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af de 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan

2) Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet

3) Borgere, der har "taget imod tilbuddet om superviseret fysisk træning"

4) Antal planlagte og gennemførte træningssessioner for borgeren er registreret

5) Borgere indgår i opgørelsesperioden, når dato for registrering af antal gennemførte træningssessioner ligger i opgørelsesperioden

Tabel B

1) Er borgeren henvist fra et hospital i RM til kommunal fase 2 hjerterehabilitering via en almen GOP						
Uoplyst (n=123)	Nej (n=9)	Ja (n=5279)				
Ekskluder (n=132)	**2) Ønsker borgeren at deltage i rehabiliteringsforløbet**					
	Uoplyst (n=19)	Nej (n=503)	Ja (n=4757)			
	Ekskluder (n=522)	**3) Har borgeren taget imod tilbud om superviseret fysisk træning**				
		Missing (n=118)	Nej (n=284)	Ja (n=4355)		
		Ekskluder (n=402)	**4) Antal af planlagte og gennemførte træningssessioner er registreret**			
			Uoplyst (n=102)	Nej (n=898)	Ja (n=3355)	
			Ekskluder (n=1000)	**5) Dato for registrering af antal gennemførte træningssessioner ligger i opgørelsesperioden**		
				Missing (n=13)	Nej (n=1513)	Ja (n=1829)
				Ekskluder (n=1526)	**6) Har borgeren gennemført mindst 80 % af de samlede træningssessioner**	
					Nej* (n=764)	Ja (n=1065)

* Nej indeholder 3 forløb med borgere, der er registreret med 0 planlagte og 0 gennemførte træningssessioner

Indikator 2B. Andel af borgere med hjertesygdom som modtager træningstilbud og som stiger mindst 10 % i arbejdskapacitet eller 6 minutters gangtest

Definition af tæller
7) Antal borgere med hjertesygdom blandt de i nævneren afgrænsede som har en stigning på mindst 10 % i arbejdskapacitet (watt) eller distance ved gangtest (meter)
Definition af nævner
1) Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af de 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan

2) Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet

3) Borgere, der er mødt op til det afsluttende rehabiliteringsmøde

4)Der er anvendt samme testtype i start- og slutskema

5) Resultatet af arbejdskapacitetstesten eller gangtesten er registreret både ved start og ved slut

6) Borgere indgår i opgørelsesåret, når dato for fremmøde til afsluttende rehabiliteringsmøde ligger i opgørelsesperioden

Tabel C

1) Er borgeren henvist fra et hospital i RM til kommunal fase 2 hjerterehabilitering via en almen GOP							
Uoplyst (n=123)	Nej (n=9)	Ja (n=5279)					
Ekskluder (n=132)	**2) Ønsker borgeren at deltage i rehabiliteringsforløbet**						
	Uoplyst (n=19)	Nej (n=503)	Ja (n=4757)				
	Ekskluder (n=522)	**3) Er borgeren mødt op til det afsluttende rehabiliteringsmøde**					
		Missing (n=1225)	Nej (n=504)	Ja (n=3028)			
		Ekskluder (n=1729)	**4) Er testtype den samme i start- og slutskema**				
			Missing (n=211)	Nej (n=4)	Ja (n=2813)		
			Ekskluder (n=215)	**5) Er resultatet af fysisk test registreret både ved start- og slutskema**			
				Uoplyst (n=43)	Nej (n=19)	Ja (n=2751)	
				Ekskluder (n=62)	**6) Dato for afsluttende rehabiliteringsmøde ligger i opgørelsesperioden**		
					Missing (n=3)	Nej (n=1326)	Ja (n=1422)
					Ekskluder (n=1329)	**7) Er arbejdskapaciteten el 6 min. gangtest steget mindst 10%**	
						Nej (n=503)	Ja (n=919)

Der er en mindre uoverensstemmelse mellem tabel 2 og tabel 8 og bilag 2B for indikatoren om 10% stigning i arbejdskapacitet. Dette skyldes, at der i webvisningen indgår henholdsvis 26 rækker for meget i nævneren og 11 rækker for meget i tælleren. Disse rækker er borgere med missing og uoplyst i registreringen af indikatoren, der fejlagtigt er medtaget i webvisningen. Inklusionen af disse 26 og 11 rækker ændrer ikke på andelen for de regionale tal.

Indikator 3. Andel af borgere med hjertesygdom, som var rygere ved opstart, men eks-rygere ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet

Definition af tæller
6) Antal borgere med hjertesygdom blandt de i nævneren afgrænsede med rygestatus "eks-ryger" ved afslutning af rehabiliteringsforløbet

Definition af nævner
1) Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af de 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan

2) Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet

3) Borgere har et udfyldt start- og slutskema for Rygning

4) Borgere med rygestatus lig "ryger" eller " røgfri mere end 1 mdr., men mindre end 6 mdr." ved rehabiliteringsstart

5) Borgere indgår i opgørelsesperioden, når datoen for opfølgende spørgsmål for rygning ligger i opgørelsesperioden

Tabel D

1) Er borgeren henvist fra et hospital i RM til kommunal fase 2 hjerterehabilitering via en almen GOP						
Uoplyst (n=123)	Nej (n=9)	Ja (n=5279)				
Ekskluder (n=132)	**2) Ønsker borgeren at deltage i rehabiliteringsforløbet**					
	Uoplyst (n=19)	Nej (n=503)	Ja (n=4757)			
	Ekskluder (n=522)	**3) Borgeren har udfyldt start- og slutskema for rygning**				
		Uoplyst (n=202)	Nej (n=1621)	Ja (n=2934)		
		Ekskluder (n=1823)	**4) Borgerens rygestatus er ryger ved rehabiliteringsstart**			
			Uoplyst (n=0)	Nej (n=2278)	Ja (n=656)	
			Ekskluder (n=2278)	**5) Dato hvor opfølgende spørgsmål for rygning ligger i opgørelsesperioden**		
				Missing (n=34)	Nej (n=309)	Ja (n=313)
				Ekskluder (n=343)	**6) Er borgeren eks-ryger ved afslutning af rehabiliteringsforløbet**	
					Nej (n=160)	Ja (n=153)

Indikator 4. Andel af borgere med hjertesygdom, som har modtaget diætbehandling ved klinisk diætist/cand.scient. i klinisk ernæring ved afslutning af hjerterehabiliteringsforløbet

Definition af tæller
5) Antal borgere med hjertesygdom blandt de i nævneren afgrænsede, hvor det er angivet, at borgeren har modtaget diætbehandling (på hold eller som individuelt tilbud)

Definition af nævner
1) Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af de 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan

2) Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet

3) Der er udfyldt opfølgning på diætbehandling

4) Borgere indgår i opgørelsesperioden, når datoen for registrering af "opfølgning på diætbehandling" ligger i opgørelsesperioden

Tabel E

<table>
<tr><td colspan="6">1) Er borgeren henvist fra et hospital i RM til kommunal fase 2 hjerterehabilitering via en almen GOP</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=123)</td><td>Nej
(n=9)</td><td colspan="4">Ja
(n=5279)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Ekskluder
(n=132)</td><td colspan="5">2) Ønsker borgeren at deltage i rehabiliteringsforløbet</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=19)</td><td>Nej
(n=503)</td><td colspan="3">Ja
(n=4757)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Ekskluder (n=522)</td><td colspan="4">3) Har borgeren udfyldt opfølgning på diætbehandling</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=0)</td><td>Nej
(n=1073)</td><td colspan="2">Ja
(n=3684)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Ekskluder (n=1073)</td><td colspan="3">4) Dato for opfølgning på diætbehandling ligger i opgørelsesperioden</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=0)</td><td>Nej
(n=1601)</td><td>Ja
(n=2083)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ekskluder (n=1601)</td><td colspan="2">5) Har borgeren modtaget diætbehandling ved afslutning af rehabiliteringsforløbet</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Nej
(n=919)</td><td>Ja
(n=1164)</td></tr>
</table>

Indikator 5. Andel af borgere med hjertesygdom, som er screenet for angst og depression ved afslutningen af hjerterehabiliteringsforløbet

Definition af tæller

6) Antal borgere med hjertesygdom blandt de i nævneren afgrænsede, som er screenet for angst og depression enten i følge start- eller slutskema

Definition af nævner

1) Borgere med hjertesygdom er inkluderet i opgørelsen, hvis de er henvist fra et hospital i Region Midtjylland til kommunal fase 2 hjerterehabilitering i en af de 18 kommuner i Region Midtjylland via en almen genoptræningsplan

2) Borgere, der ønsker at deltage i rehabiliteringsforløbet

3) Borgere, der rehabiliteres i en kommune, der screener for angst og depression

4) Der er registreret oplysninger om screening for angst og depression

5) Borgere indgår i opgørelsesperioden, når datoen for screening for angst og depression ligger i opgørelsesperioden

Tabel F

<table>
<tr><td colspan="7">1) Er borgeren henvist fra et hospital i RM til kommunal fase 2 hjerterehabilitering via en almen GOP</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=123)</td><td>Nej
(n=9)</td><td colspan="5">Ja
(n=5279)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Ekskluder (n=132)</td><td colspan="6">2) Ønsker borgeren at deltage i rehabiliteringsforløbet</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=19)</td><td>Nej
(n=503)</td><td colspan="4">Ja
(n=4757)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Ekskluder (n=522)</td><td colspan="5">3) Borgeren rehabiliteres i en kommune, der screener for angst og depression</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=0)</td><td>Nej
(n=1515)</td><td colspan="3">Ja
(n=3242)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ekskluder (n=1515)</td><td colspan="4">4) Er der registreret oplysninger om screening for angst og depression</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=0)</td><td>Nej
(n=367)</td><td colspan="2">Ja
(n=2875)</td></tr>
<tr><td>Ekskluder (n=367)</td><td colspan="3">5) Dato for screening for angst og depression ligger i opgørelsesperioden</td></tr>
<tr><td>Uoplyst
(n=274)</td><td>Nej
(n=1340)</td><td>Ja
(n=1522)</td></tr>
<tr><td>Ekskluder (n=1614)</td><td colspan="2">6) Er borgeren screenet for angst og depression enten ifølge start- eller slutskema</td></tr>
<tr><td>Nej
(n=334)</td><td>Ja
(n=1188)</td></tr>
</table>

Bilag 2. Beskrivelse af borgere med hjertesygdom fordelt på diagnoser

Opgørelsen er foretaget blandt de 2271 borgere i 2018 og de 1919 borgere i 2017, der er registreret med en modtaget genoptræningsplan og som ønsker at deltage i hjerterehabiliteringen.

Tabel Bilag 2.. Beskrivelse af deltagende borgere med hjertesygdom henvist til kommunal hjerterehabilitering i Region Midtjylland via almen genoptræningsplan i 2018 og 2017 fordelt på diagnoser

	2018	2017
	Antal (n=2271)	Antal (1919)
Iskæmisk hjertesygdom	1462	1331
Hjertesvigt	261	201
Hjerteklapopereret	164	142
Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt	106	106
Iskæmisk hjertesygdom og hjerteklapopereret	20	26
Hjertesvigt og hjerteklapopereret	10	11
Iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapopereret	<10	<10
Andet	46	38
Iskæmisk hjertesygdom og andet	12	39
Hjertesvigt og andet	15	<10
Hjerteklapopereret og andet	<10	<10
Iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og andet	<10	<10
Iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapopereret og andet	<10	0
Hjertesvigt, hjerteklapopereret og andet	0	0
Iskæmisk hjertesygdom, Hjertesvigt, hjerteklapopereret og andet	0	0
Uoplyst	<10	0
Ingen diagnose	152	<10

Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode.

midt
regionmidtjylland

www.DEFACTUM.dk

Praksisplan for fysioterapi

Gældende pr. 1. juni 2019

Region Syddanmark

Indhold

5	1	**INDLEDNING**
5	1.1	Baggrund for praksisplanen
5	1.1.1	Resume
6	1.2	Praksisplanens opbygning
6	1.2.1	Begrebsdefinitioner
7	1.2.2	Data og metode for praksisplanens tabeller og statistik
8	1.3	Overenskomsternes rammer for fysioterapiområdet
9	1.3.1	Almindelig fysioterapi (speciale 51)
9	1.3.2	Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)
10	1.3.3	Vederlagsfri ridefysioterapi og almindelig ridefysioterapi (speciale 65 og speciale 57)
11	1.3.3.1	Procedure vedr. flytning af kapacitet og satellitklinikker i Region Syddanmark
12	1.3.4	Efteruddannelse
12	1.3.5	Kandidatuddannelsen i fysioterapi
13	1.4	Organisering af praksis
14	1.5	Kvalitet og It i fysioterapipraksis
15	1.5.1	Kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen
16	1.5.2	Den Danske Kvalitetsmodel
16	1.5.3	Risikobaseret tilsyn
16	1.5.4	Centralt kvalitetsarbejde
17	1.5.5	Praksiskonsulentordningen
17	1.5.6	Regionale projekter
17		Standardiseret uddannelses- og træningsforløb for knæartrosepatienter
18		Udvidet lænderygundersøgelse (ULRUS)
18		Samordningsprojekt omkring vederlagsfri fysioterapi
19		Palliativ fysioterapi
20		Monitoreringsprojekt Fysioterapipraksis 2015-2016
20	1.5.7	Beskrivelse af It-anvendelse
21	1.5.8	Persondataforordning (GDPR)
22	2	**PRAKSISBESKRIVELSE**
22	2.1	Beskrivelse af udgifts- og behandlingsaktiviteten i den almindelige fysioterapi (speciale 51)
25	2.2	Beskrivelse af udgifts- og behandlingsaktiviteten på den vederlagsfrie fysioterapi (speciale 62)
28	2.2.1	Faktorer og indikatorer for udgiftsudviklingen på speciale 62
30	2.3	Fysioterapeutisk kapacitet, tilgængelighed og ventetid i Region Syddanmark
33	2.4	Beskrivelse af aktivitet for vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65)
36	2.5	Efteruddannelse
36	2.6	Selvstændige fysioterapeuter udenfor overenskomsten

37	3	**UDVIKLINGSOMRÅDE**
37	3.1	Kapacitet
37	3.2	Samordning
38	3.3	Kvalitet
38	3.4	It
40	4	**HANDLEPLAN**
40		Det fysioterapeutiske kapacitetsområde
40		Samordning og tværfaglig indsats
40		Kvalitetstiltag
40		It-anvendelse og datamuligheder
42	5	**BILAG**
42		Assens Kommune
44		Billund Kommune
46		Esbjerg Kommune
48		Fanø Kommune
50		Fredericia Kommune
52		Faaborg-Midtfyn Kommune
54		Haderslev Kommune
56		Kerteminde Kommune
58		Kolding Kommune
60		Langeland Kommune
62		Middelfart Kommune
64		Nordfyns Kommune
66		Nyborg Kommune
68		Odense Kommune
70		Svendborg Kommune
72		Sønderborg Kommune
74		Tønder Kommune
76		Varde Kommune
78		Vejen Kommune
80		Vejle Kommune
82		Ærø Kommune
84		Aabenraa Kommune

1 | Indledning

1.1 | Baggrund for praksisplanen

I henhold til overenskomsterne om fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi (§ 18), udarbejder regionen og kommunerne en fælles plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i regionen. Planen laves med baggrund i overenskomsten, og danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige forhold vedr. den fysioterapeutiske kapacitet.

Praksisplanlægningen foretages med henblik på i fornødent omfang at sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening i alle områder af regionen, og udarbejdes i fornødent omfang under hensynstagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger, samt den regionale og kommunale økonomi. Praksisplanens formål er at sikre alle borgere i Region Syddanmark lige adgang til fysioterapeutiske tilbud af høj kvalitet. Planen skal danne grundlag for styring af kapacitet og økonomi på området. Herudover skal planen sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det resterende sundhedsvæsen.

Fokus i nærværende praksisplan er at skabe rammer for samarbejde, kontinuitet og visioner for planperioden 2018-2022, samt beskrive eksisterende kapacitet i alle områder af regionen, beskrive de kommunale tilbud vedrørende vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi, samt en ydelsesoversigt over præsterede ydelser fordelt på fysioterapipraksis i regionen og på kommuneniveau. Planen bidrager således med handleplaner, retningslinjer eller skabeloner for udviklingsområderne. Det er op til parterne i fællesskab via samarbejdsudvalget at tage ansvar for initiativer til og implementering af praksisplanens visioner og udviklingsomåder.

Denne praksisplan er blevet afstemt og tilrettet i overensstemmelse med den nye overenskomst indenfor fysioterapiområdet, der træder ikraft pr. 1. januar 2019.

Målgruppen er alle relevante parter i forhold til beslutninger om kapacitet og udvikling indenfor fysioterapiområdet.

Praksisplanens anbefalinger gælder alene fysioterapeuter med ydernummer i praksissektoren.

1.1.1 | Resume

Fokus i nærværende praksisplan er at skabe rammer for samarbejde, kontinuitet og nytænkning for planperioden 2019-2022 samt beskrive eksisterende kapacitet i alle områder af regionen, beskrive de kommunale tilbud vedrørende vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi samt give en konkret vurdering af kapacitetsbehovet inden for fysioterapiområdet i Region Syddanmark både nu og på længere sigt.

Et af hovedområderne i praksisplanen er kapacitetsstyring og vurderingen af kapacitetsbehovet inden for det fysioterapeutiske område i Region Syddanmark. På baggrund af praksisbeskrivelsen i planen kan det konkluderes, at Region Syddanmarks udgiftsniveau er forholdsvist lavt i forhold til landets øvrige regioner.

Det forventes, at andelen af ældre borgere (60+) vil udgøre en stigende andel af den syddanske befolkning. Der vil derfor i et længere perspektiv være behov for yderligere fysioterapeutisk kapacitet, særligt på speciale 51.

Det anbefales derfor i praksisplanen, at der iværksættes en konkret undersøgelse af mulighederne for en fremtidig kapacitetsudvidelse på speciale 51 i den kommende planperiode.

I praksisplanen lægges der på nuværende tidspunkt umiddelbart ikke op til en kapacitetsudvidelse på de vederlagsfrie specialer 62 og 65 (henholdsvis den vederlagsfrie fysioterapi og den vederlagsfrie ridefysioterapi).

Forholdene for kapacitetsudvikling på speciale 62 og 65 er blevet ændret med overenskomsternes ikrafttræden pr. 1. januar 2019, da økonomiprotokollaterne er blevet ændret i forhold til tidligere. Dette giver fremadrettet en mulighed for at anskue kapacitetsudviklingen anderledes end hidtil på speciale 62 og 65.

Samordning og tværfaglig indsats er ligeledes et af hovedemnerne i den kommende praksisplan. Med afsæt i Region Syddanmarks tidligere samordningsprojekt vil der i planperioden blive fokuseret på en yderligere samordning mellem de praktiserende læger og praktiserende fysioterapeuter i forhold til behandlingsforløb og diagnosticering som en del af det sammenhængende sundhedsvæsen.

For at udvikle tværfagligt samarbejde, forskning og kommunikation skal der i den kommende planperiode ske en afdækning af behovet for særlige indsatsområder i forhold til samordningsindsatsten mellem de praktiserende læger og fysioterapeuter med henblik på at skulle danne grundlag for en yderligere konkret samordning i forhold til de nævnte parter.

I forhold til praksisplanens fremtidige visioner for kvalitetsudvikling og evidensbaseret tilgang til fysioterapi forventes det, at der i planperioden fortsat arbejdes videre med implementeringen af de Nationale Kliniske Retningslinjer inden for det fysioterapeutiske område i Region Syddanmark.

Det anbefales derfor i praksisplanens handleplan, at der fortsat arbejdes med implementering af de Nationale Kliniske Retningslinjer i den kommende planperiode. Det forventes ligeledes, at standarder og akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel vil være kvalitetsforbedrende initiativer, der skal udrulles yderligere i den kommende planperiode, samt via de kommende overenskomster på fysioterapiområdet.

Ligeledes anbefales det i praksisplanen, at der i planperioden konkret arbejdes med videreudvikling af kvalitetsforbedrende initiativer, såsom patienttilfredshedsundersøgelser og elektronisk information til patienten forud for et behandlingsforløb i en fysioterapipraksis.

Anvendelsen af It i fysioterapipraksis er ligeledes et fokusområde i praksisplanen for 2019-2022.

Praksisplanen lægger op til, at it fortsat skal understøtte en moderne og tidssvarende samordning og kommunikation inden for fysioterapiområdet. Praksisplanen anbefaler, at Region Syddanmark i den kommende planperiode fortsat har en aktiv rolle i forbindelse med kvalitetssikringen heraf. Det forventes ligeledes i den kommende planperiode, at der arbejdes aktivt med sikring af dataopsamling og databehandling som et kvalitetsforbedrende initiativ.

Handleplanen i praksisplanen anbefaler konkret, at Region Syddanmark og kommunerne indgår i de it-mæssige sammenhænge, der har relevans i forhold til udviklingen af projektet på kvalitetsområdet.

Praksisplanen anbefaler, at der i den kommende planperiode fortsat arbejdes med regionale projekter og aftaler inden for fysioterapi, hvor arbejdet i den kommende planperiode kan være i form af evalueringer af de igangværende projekter og aftaler eller iværksættelse af nye.

1.2 | Praksisplanens opbygning

Praksisplanen består af et indledende afsnit (kapitel 2), der beskriver det fysioterapeutiske område dvs. de formelle rammer, som regulerer fysioterapien, samt beskrivelse af de 4 specialer: almindelig fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi, almindelig ridefysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi. Kapitlet indeholder også beskrivelse af uddannelse, efteruddannelse og rekrutteringsmuligheder, samt de formelle rammer vedr. Organisering af fysioterapi praksis.

Kapitel 3 beskriver fysioterapi i Region Syddanmark i tal.

I Kapitel 4 gennemgåes de områder, hvor der i planperioden skal arbejdes med udvikling.

Kapitel 5 kommer med løsninger og handleplaner for planperioden.

1.2.1 | Begrebsdefinitioner

I praksisplanen benyttes flere overenskomstudtryk.
I dette afsnit følger en kort definition af enkelte begreber:

Sikret: En person defineres som sikret, når denne har bopæl i landet, hvorved pågældende er berettiget til at modtage sundhedsydelser i Danmark.

Kapacitet: Kapacitet er en definition af den arbejdsramme, en enkelt fysioterapeut kan udføre på fuldtid. I Region Syddanmark er det muligt at dele én fuldtidskapacitet til 2 halve.

Derfor kan der forekomme eksempler, hvor kapaciteten er 0,5 kapacitet. Ligeledes er der levn fra de tidligere amter, hvor kapaciteter kunne deles i 0,33 eller 0,25 kapacitet.

1.2.2 | Data og metode for praksisplanens tabeller og statistik

Praksisplanens beskrivelsesafsnit indeholder tabeller, der beskriver afregningsaktiviteten indenfor de fysioterapeutiske specialer i overenskomsterne.

Tabellerne er udarbejdet på baggrund af afregningsdata fra CSC Scandihealth. Denne data er grundlaget for afregningsopgaverne indenfor Praksissektoren i Region Syddanmark.

Tabellerne er ikke prisregulerede op til gældende 2017-niveau, der benyttes i tabellerne.

Tabellerne er nummereret fortløbende, således at tabelnummerne følger afsnitsnummeret.

Eksempelvis er første tabel i afsnit 2.1 navngivet "Tabel 2.1.1" .

Tabellerne er angivet med kilde, relevante noter, tidspunkt og udtrækskubevinkel. Ligeledes har alle tabellerne en overskrift, der beskriver tabellens indhold.

Der er ligeledes benyttet data fra CSC Notus' yderregister til oplysningerne om kapacitet, praksisstørrelse og praksisadresser til fremstillelse af kortene i praksisplanens bilag. Tabeller, hvor der er benyttet oplysninger fra CSC Notus' yderregister er der angivet udtræksdato.

Praksisplanens tabeller benytter flere steder oplysninger fra Danmarks Statistik samt Statistikbanken. Oplysningerne fra Danmarks Statistik og Statistikbanken er benyttet efter samme metode, som der er angivet for de enkelte tabeller ved Danmarks Statistik.

Der benyttes eksempelvist data omkring antal af pensionsmodtagere, antal handicapydelser og antal indbyggere i 2017 fra Danmarks Statistik.

Antallet af pensionsydelsesmodtagere omfatter jf. Danmarks statistik Pen11 følgende:

- Folkepension, højeste førtidspension, forhøjet alm. førtidspension, alm. fortidspension, invaliditetsydelse, mellemste førtidspension og ny lov om førtidspension.

Antallet af handicapydelsesmodtagere omfatter jf. Statistikbanken HAND01 følgende:

- Aktivitets og samværsydelser, psykologisk behandling, speciallægelig behandling, terapi, beskyttet beskæftigelsesydelse, dagaflastning, længerevarende ophold, midlertidigt ophold, døgnaflastning, personlig pleje og hjælp, praktisk hjælp, socialpædagogisk støtte, afløsning, borgerstyret personlig assistance, kontaktpersoner for døvblinde og ledsagerordning.

Der er angivet kilder til de enkelte tabeller, hvor udtræksdato mv. er angivet fra Statistikbanken.

Ligeledes benytter planen sig af oplysninger fra Sundhed.dk-portalen til ventetidsopgørelse.

1.3 | Overenskomsternes rammer for fysioterapiområdet

Fysioterapi er i overenskomsterne defineret som behandlingsmetoder og aktiviteter, der påvirker kroppen og derved hjælper den enkelte til at fungere bedst muligt, f.eks. ved at mindske/fjerne smerter, hævelser, øge bevægelighed i led, løsne fastlåste muskler og styrke svage muskler, øge kropsbevidsthed og kropsfunktion.

I fysioterapi indgår en række forskellige behandlingteknikker med eller uden brug af apparatur. De fysioterapeutiske behandlinger bygger på viden om de neuromuskulære, biomekaniske og psykomotoriske sammenhænge i kroppen.

Fysioterapeuten foretager en relevant fysioterapeutisk undersøgelse. Herudfra tilrettelægges behandlingen individuelt efter den enkelte patients tilstand, problemer og behov i samarbejde med patienten og den henvisende læge.

Fysioterapi tilbydes i både hospitalsregi, i praksissektoren og i kommunalt regi.

For praksissektoren er den fysioterapeutiske behandling opdelt på følgende overenskomstområder:

- almindelig fysioterapi (speciale 51),
- vederlagsfri fysioterapi (speciale 62),
- almindelige ridefysioterapi (speciale 57)
- vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65)

Praksisplanen er udelukkende gældende for de fire ovenstående specialer.

Regionerne er ansvarlige for den almindelige fysioterapi, mens kommunerne den 1. august 2008 overtog myndighedsansvaret på det vederlagsfrie område.

Sikrede kan få tilskud til fysioterapeutisk behandling hos fysioterapeuter, der har overenskomst med sygesikringen, dvs. fysioterapeuter, der har ydernummer. Betingelse for tilskud er, at behandlingen finder sted efter lægehenvisning, og for at kunne få vederlagsfri fysioterapi kræves endvidere, at patienten har en progressiv sygdom eller handicap, der fremgår af Sundhedsstyrelsens "*Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi*"[1].

De praktiserende fysioterapeuter yder både almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Kapaciteten vedrørende almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi kan derfor ikke adskilles og må nødvendigvis ses i sammenhæng, fordi ændringer på det ene område har konsekvenser for kapacitet og aktivitet på det andet. Dette er baggrunden for, at der er behov for én fælles praksisplan for almindelig og vederlagsfri fysioterapi, som er indholdsmæssig og økonomisk forpligtende for både regionen og kommunerne i regionen.

Patienter henvist til vederlagsfri fysioterapi har frit valg mellem et tilbud i praksissektoren og et eventuelt kommunalt tilbud. I praksisplanen beskrives derfor de kommunale tilbud, herunder kapacitet og målgruppe, fordi udviklingen af disse influerer på kapaciteten i praksissektoren.

For vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi stilles der særlige krav, idet den enkelte kommune har en aktiv rolle i forbindelse med behandlingen og omsorgen for de borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, og dette skal ses i sammenhæng med den øvrige kommunale planlægning vedrørende pleje og omsorg, jobaktivering samt rehabiliterende initiativer.

Det offentlige yder tilskud til fysioterapeutisk behandling, og reglerne herfor er fastsat i en bekendtgørelse udstedt af sundhedsministeren, mens vilkårene for fysioterapeuternes virksomhed, herunder enkelte ydelser og fysioterapeuternes konkrete honorarer forhandles mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter.

Udover de praktiserende fysioterapeuter med ydernummer er der private tilbud om fysioterapeutisk behandling uden overenskomst med sygesikringen og derfor uden tilskud fra det offentlige.

Der er i dag stort fokus på øget kvalitet i behandlingen, og det fysioterapeutiske område vil, ligesom de øvrige praksisområder i sundhedsvæsenet, i stadig stigende grad skulle indtænke samordning og kvalitet, hvilket vil få øget betydning for alle ovenfornævnte specialer de kommende år.

[1] sundhedsstyrelsen.dk/~/media/4EEBFE6F9AA946B4ABA729CCDFABEFA9.ashx

1.3.1 | Almindelig fysioterapi (speciale 51)

Almindelig fysioterapeutisk behandling kræver, at der ved behandlingens begyndelse foreligger en henvisning fra en læge, der har tilknytning til patientens behandling.

Henvisningsblanketten skal indeholde oplysninger om diagnose. Efter aftale mellem fysioterapeut og den henvisende læge, kan der foretages ændringer i forhold til den ordinerede behandling.

I tilfælde hvor patientens helbredsmæssige tilstand udelukker transport til klinik, kan lægen ordinere fysioterapeutisk behandling i hjemmet.

Regionen yder tilskud til behandlingen svarende til 40% af fysioterapeutens honorar.

Speciale 51 er et "sygesikringsspeciale" i traditionel forstand, hvortil der hører et økonomiprotokollat, som sikrer styring omkring den samlede økonomi på området.

1.3.2 | Vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)

Overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi vedrører personer med varigt svært fysisk handicap eller personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom jf. Sundhedsstyrelsens *"Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi"*.

En person har efter Sundhedsstyrelsens definition et svært fysisk handicap, hvis denne ikke kan klare sig inden døre i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse. Tilsvarende betragter Sundhedsstyrelsen en tilstand for varig, når det vurderes, at den vil vare i mindst 5 år.

Ifølge vejledningen omfatter ordningen om vederlagsfri fysioterapi en afgrænset gruppe af personer med sygdomme og tilstande inden for følgende fire hoveddiagnoser:

- Medfødte eller arvelige sygdomme
- Erhvervede neurologiske sygdomme
- Fysiske handicap som følge af ulykke
- Nedsat led og/eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme.

Ordningen om vederlagsfri fysioterapi til personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom omfatter kun progressive sygdomme indenfor hoveddiagnosegrupperne 1, 2 og 4. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en diagnoseliste som supplement til de fire hoveddiagnosegrupper, se bilag 1.

For at være berettiget til vederlagsfri fysioterapi skal patienten foruden at være omfattet af en eller flere af ovennævnte diagnoser være henvist fra en læge, der er tilknyttet behandlingen. Henvisningen skal foreligge ved behandlingens begyndelse.

I tilfælde hvor patientens helbredsmæssige tilstand udelukker transport til klinik, kan lægen ordinere fysioterapeutisk behandling i hjemmet.

Kommunerne har myndighedsansvaret for den vederlagsfrie fysioterapi. Vederlagsfri fysioterapi tilbydes fortsat hos praktiserende fysioterapeuter, men kommunerne har mulighed for – men ikke pligt til – at oprette tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved egne institutioner eller ved private institutioner, som kommunen indgår aftale med. Patienter, der henvises til vederlagsfri fysioterapeut, har frit valg mellem at modtage behandlingen hos en praktiserende fysioterapeut eller i eventuelle kommunale tilbud i bopælskommunen eller i andre kommuner.

Vederlagsfri fysioterapi er gratis for patienten.

I overenskomsten af 1. januar 2019 er der fastsat et økonomiprotokollat med en økonomisk ramme svarende til 935,73 mio. kr. i 2017-niveau for speciale 62.

Rammen justeres for pris/lønregulering af honorarerne, samt der tillægges et råderum i rammen på baggrund af årene 2019 og 2020.

I modsætning til tidligere økonomiprotokolater er der ikke indregnede forudbestemte korrektioner i den økonomiske ramme på speciale 62.

En overskridelse af rammen vil medføre en nedsættelse af ydelseshonorarerne på speciale 62, samt en tilsvarende nedsættelse økonomirammen. Modregningen bortfalder efter et år, hvorefter overskridelsen betragtes som tilbagebetalt.

1.3.3 | Vederlagsfri ridefysioterapi og almindelig ridefysioterapi (speciale 65 og speciale 57)

Behandling hos praktiserende ridefysioterapeuter er opdelt i vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65) og tilskud til ridefysioterapi (speciale 57).

Vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65)

Personer, der er berettiget til vederlagsfri fysioterapi som følge af et varigt svært fysisk handicap, har også ret til lægeordineret vederlagsfri ridefysioterapi. Endvidere tilbydes ridefysioterapeutisk behandling til personer med fysisk funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, hvor patienten ikke er svært fysisk handicappet. Vederlagsfri ridefysioterapi er gratis for patienten, og udgiften afholdes af bopælskommunen. 98% af de patienter, der modtager ridefysioterapi, er vederlagsfrie patienter, og derfor er ridefysioterapien i særdeleshed et kommunalt anliggende.

Tilskud til ridefysioterapi (speciale 57)

Blinde og svagtseende kan også henvises af lægen til almen ridefysioterapi, men for denne gruppe er der en egenbetaling på 20%.

Personer, som har en funktionsnedsættelse på grund af en af nedenstående diagnosegrupper, men som ikke er berettiget til vederlagsfri fysioterapi, kan efter en særskilt regional beslutning være berettiget til tilskud. Tilskuddet udgør 80% af honorarerne til henholdsvis fysioterapeut og rideskole. Det drejer sig om følgende diagnosegrupper:

- Rheumatoid arthritis
- Muskelsvind
- Cystisk fibrose
- Handicap efter polio
- Amputationer og ulykkestilfælde
- Fysisk handicap som følge af medfødte eller arvelige sygdomme

Region Syddanmark har truffet beslutning om **ikke** at give tilskud til ridefysioterapi til ovennævnte grupper.

Henvisning og valg af ridefysioterapeut

Det er den praktiserende læge, der henviser til ridefysioterapi. Henvisningen skal bero på en konkret lægefaglig vurdering af, om den enkelte patient kan have gavn af ridefysioterapi. Patienter henvist til ridefysioterapi er berettiget til 2 x ½ times ridefysioterapi eller 1 times ridefysioterapi pr. uge.

Patienten kan frit vælge mellem de i overenskomsten tilmeldte ridefysioterapeuter eller et eventuelt kommunalt tilbud. Med henblik på patientens valg af behandler skal de praktiserende ridefysoterapeuter registrere en række oplysninger på den offentlige sundhedsportal Sundhed.dk. Oplysningerne skal omfatte:

- Ridefysioterapeutens;
  - Navn
  - Køn
  - Alder
  - Anciennitet
- Herudover oplyses telefonnummer, e-mail adresse og evt. hjemmeside samt information om tidsbestilling.
- Det skal ligeledes fremgå, hvilke rideskoler der praktiseres på.

Ridefysioterapeuten indgår en aftale med en rideskole/rideklub om de fysiske rammer, og rideskolen/rideklubben skal godkendes af den kommune, som rideskolen/rideklubben er beliggende i.

Krav til ridefysioterapeut og rideskole

For at blive ridefysioterapeut under den gældende overenskomst ansøges der via Danske Fysioterapeuter, som vurderer, om ridefysioterapeuten opfylder overenskomstens krav til en ridefysioterapeut.

Såfremt regionen/kommunerne ønsker en udvidelse af den ridefysioterapeutiske kapacitet, vil nye ydernumre blive annonceret. Uopfordrede ansøgninger vil blive afslået.

For at kunne blive godkendt til at praktisere ridefysioterapi med tilskud er det et krav fra Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, at nye ridefysioterapeuter kan dokumentere, at de opfylder uddannelseskravene til ridefysioterapeuten, som er beskrevet i Bilag 4 i overenskomst om ridefysioterapi.

Forudsætningen for, at en rideskole kan anvendes til ridefysioterapi er, at den er godkendt til formålet. Kriterierne herfor er blandt andet, at rideskolen har:

- Handicaptoilet
- Rytterstue med handicapvenlige adgangsforhold
- Lift
- Et antal velegnede heste
- Andre nødvendige hjælpemidler for handicappede under ridningen

Det er de syddanske kommuner, der godkender og fører tilsyn med rideskolerne.

De syddanske kommuner skal løbende føre tilsyn med, at de godkendte rideskoler fortsat opfylder de overenskomstmæssige betingelser for godkendelsen. Kommunerne skal årligt (inden 31.1.) indsende en underskrevet tjekliste, der fremgår af bilag 5 i overenskomsten, på at rideskolen overholder overenskomstens bestemmelser. Tjeklisten sendes til Fælleskommunalt Sundhedssekretariatet, der på Samarbejdsudvalgets møde i første kvartal hvert år, udarbejder en status på tilsynet. Der ydes kun tilskud, hvis behandlingen foregår på en godkendt rideskole.

1.3.3.1 | Procedure vedr. flytning af kapacitet og satellitklinikker i Region Syddanmark

I de tre gældende overenskomster af januar 2019 (§25 i overenskomsten for almindelig og vederlagsfri fysioterapi og § 20 for ridefysioterapi) fremgår det at:
Flytning af klinikadresse forelægges for Samarbejdsudvalget til endelig behandling.

Ligeledes fremgår det af § 27 i overenskomsten for almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi at:
Fysioterapeuten kan anmode regionen om tilladelse til at praktisere med samme ydernummer på flere klinikadresser inden for regionens grænser.

Godkendelse meddeles med mindre ændringen ud fra en konkret vurdering er i modstrid med praksisplanen.

I de tidligere praksisplaner er planlægningsområdet fastsat som de enkelte kommuner. Dette videreføres i denne plan, og behandling af anmodninger om tillladelse til flytning tager udgangspunkt heri.

Flytning **mellem kommunerne** kan som udgangspunkt ikke ske, da der vil blive tale om en ændring af kapacitetsforholdene for de enkelte kommuner.

Ved flytning indenfor kommunen **mellem to postnumre**, skal der tages højde for tilgængeligheden for patienterne, afstanden til nærmeste fysioterapeut samt tværfaglige relationer. Denne type ansøgninger forelægges Samarbejdsudvalget

Når flytningen sker mellem flere postnumre indenfor kommunen, skal patienterne have flere klinikker at vælge imellem indenfor rimelig afstand.

Ved flytning **inden for postnummeret** kan der administrativt gives tilladelse til flytning. Samarbejdsudvalget underrettes om flytningen.

Fysioterapeuten kan som hovedregel kun have ét ydernummer og én praksisadresse.

Fysioterapeuten kan dog praktisere på flere praksisadresser med samme ydernummer, hvis det sker ved anvendelse af den eksisterende kapacitet på klinikken. Ansøgninger herom forelægges for Samarbejdsudvalget til endelige beslutning.

I overenskomsterne for almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi fremgår følgende anmærkning vedrørende brug af ydernummer på flere klinikadresser til § 27:
"Brug af flere praksisadresser kan øge tilgængeligheden ved at reducere de geografiske afstande for patienterne. En yderligere fordel kan være styrket tværfaglig kommunikation og samarbejde, hvis den anden adresse placeres i lægehuse, i sundhedscentre, hvor der ikke i forvejen er tilbud om fysioterapibehandling eller andre steder, hvor man samtidig kan fremme tværfaglig kommunikation og samarbejde.

Brug af flere praksisadresser med samme ydernummer kan især være relevant i lokalområder, hvor der er behov for større fleksibilitet for at tilgodese patienternes behov for kvalitet, nærhed og valgmuligheder. Kvaliteten kan f.eks. forøges ved, at fysioterapeuter med forskellige interesseområder eller specialer på skift varetager behandlingen i forskellige lokalområder."

Ved behandling af ansøgninger om etablering af satellitpraksis skal det vurderes, hvorvidt der er tale om en bedre udnyttelse af kapaciteten, om der etableres samarbejde med andet autoriseret sundhedspersonale og kommunale træningscentre, samt om etableringen fremmer tilgængeligheden til fysioterapeutisk behandling.

Der skal endvidere tages hensyn til, at der er tilstrækkelig kapacitet det sted, hvor kapaciteten overføres fra samt til afstanden til hovedklinikken.

1.3.4 | Efteruddannelse

Den praktiserende fysioterapeut har – efter endt uddannelse – typisk nogle års praktisk erfaring fra f.eks. sygehussektoren eller den kommunale sektor inden ansættelse i praksis.

I starten af ansættelsesforholdet rettes efteruddannelsen primært mod det muskoskeletale område, rehabiliteringen, idrætsfysioterapien og det neurologiske område, men senere vælger mange at efteruddanne sig inden for områder, der mere konkret fylder på deres arbejdsplads eller områder, som den enkelte finder personligt udfordrende.

De praktiserende fysioterapeuter har stort set alle gennemført praksiscertifikatet, der er et kursus i juridiske og administrative forhold på klinikken. Kurset er finansieret af praksisfonden.

Derudover er der mange praktiserende fysioterapeuter, der er medlem af fagfora, faggrupper og fraktioner, der organiserer efteruddannelseskurser indenfor bestemte fagområder. Disse kurser er meget søgte af praktiserende fysioterapeuter og har en stor grad af praktisk anvendelighed. Det er frivilligt at deltage, og de praktiserende fysioterapeuter finansierer deres egen efteruddannelser. En del private arrangører af faglige kurser til målgruppen har også stor tilslutning.

Endelig er der rundt om i landet etableret interessegrupper, netværk, netværksdatabaser og lignende blandt fysioterapeuter, hvori de praktiserende fysioterapeuter også deltager. Deltagelsen er frivillig og på basis af et særligt engagement i et fagområde.

I forbindelse med implementering af de nationale klinikske retningslinjer udbyder regionen uddannelseskurser som f.eks. GLA:D, ULRUS og palliativ fysioterapi.

Der kan være lokalaftaler, hvor efteruddannelse kan være påkrævet for at opfylde aftalens deltagelseskrav.

Efteruddannelse er ikke obligatorisk, og der foreligger ikke formaliserede krav herom på nuværende tidspunkt, udover de førnævnte lokalaftaler.

1.3.5 | Kandidatuddannelsen i fysioterapi

Kravet for at blive optaget er, at man har en professionsbachelor i fysioterapi.

Uddannelsen sætter fokus på kendskabet til videnskabelige teorier og metoder for at kunne anvende forskningsresultater i praksis – og en høj grad af klinisk afprøvning af metoder til at sikre god kvalitet i fysioterapeutisk praksis, både inden for behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse.

Med uddannelsen vil kandidaten bl.a. kunne bestride mere specialiserede erhvervsfunktioner, samt deltage i videnskabeligt udviklingsarbejde. Uddannelsen vil desuden kvalificere til at identificere, formulere og løse komplekse problemstillinger inden for de fysioterapifaglige specialer i offentlige og private institutioner og virksomheder, samt i selvstændig praksis. Endelig vil dimittender fra kandidatuddannelsen i fysioterapi kunne påbegynde et ph.d.-forløb inden for det fysioterapeutiske område.

Brugen af kandidater i praksis vil betyde styrkelse af kvaliteten, den faglige udvikling og danne bro mellem praksis og forskning. Områder som akkreditering, samarbejdet med almen praksis og udvikling af det tværfaglige samarbejde, vil blive styrket med brugen af kandidater i fysioterapeutisk praksis.

Det kan videreudvikle homogeniteten i praksis, så borgerne oplever den samme kvalitet i hele regionen.

1.4 | Organisering af praksis

Fysioterapeuter, der praktiserer efter overenskomsterne, kan have status som klinikindehaver, lejer eller mobilfysioterapeut. Endvidere er der mulighed for, at klinikindehavere kan ansætte fysioterapeuter efter overenskomstens gældende regler.

Såfremt, der ikke er tale om enkeltmandspraksis, vil fysioterapipraksis typisk være organiseret med en eller flere klinikejere, der stiller faciliteter, træningsudstyr, lokaler og personalemæssige ressourcer til rådighed for en eller flere selvstændige indlejere. Dette kan suppleres med ansatte fysioterapeuter.

I nedenstående tabel er antallet af personer i praksis opgjort i 2010 og i 2016. Som det fremgår, er der sket et fald i antallet af personer i praksis op til 4 personer, mens antallet af personer i praksis på 5 personer og derover er steget markant.

Der er i alt 633 fysioterapeuter tilknyttet yderregisteret pr. oktober 2017.

Tabel 1: Praksisstørrelse 2010 og 2016

Antal personer i praksis	Antal praksis 2010	Antal praksis 2016
Enkeltmandspraksis	30	16
2 fysioterapeuter	21	13
3-4 fysioterapeuter	35	25
5+ fysioterapeuter	32	57

Kilde: CSC Notus – 261017 – Inkl. ejer, lejer og § 24-ansatte.

Denne udvikling ligger i tråd med praksisplanens vision om større klinikfællesskaber, der skaber et fagligt miljø, og som giver bedre muligheder for investering i træningsfaciliteter og træningsudstyr, it og handicapvenlig indretning.

Hjælpepersonale

Ved etablering af større klinikfællesskaber kan det være relevant at forholde sig til anvendelsen af hjælpepersonale, således at fysioterapeutens tid kan anvendes bedre og mere koncentreret mod det egentlige fysioterapeutiske arbejde. Således kan hjælpepersonale med fordel anvendes til f.eks. holdtræning, enten sammen med den ansvarlige fysioterapeut eller eventuelt som selvstændig træningsinstruktør.

Praktiserende fysioterapeuter kan frit ansætte hjælpepersonale i klinikken. Hjælpepersonalet arbejder på fysioterapeutens ansvar, og denne er ansvarlig for, at hjælpepersonalet er tilstrækkeligt uddannet og varetager opgaverne forsvarligt.

Der er ikke fastlagt begrænsninger på hvilke faggrupper, der kan ansættes som hjælpepersonale, dog betragtes fysioterapeuter ikke som hjælpepersonale.

Ansættelse af hjælpepersonale anses af overenskomstens parter ikke som en kapacitetsudvidelse.

Pr. 1. september 2016 trådte en aftale om udgiftsdæmpende tilgang mellem Danske Fysioterapeuter og Regionernes Lønnings- og Takstnævn i kraft.

Et af tiltagene var, at der blev indført en begrænsning i muligheden for brug af hjælpepersonale under overenskomsten.

Fra 1. september 2016 kunne hjælpepersonale udelukkende benyttes til holdtræning og opfølgende træningsterapi. Fysioterapeuten må ligeledes kun bruge hjælpepersonale i det antal timer, som kapaciteten lyder på.

Vilkårene omkring afbenyttelse af hjælpepersonale er ligeledes præciseret i overenskomsten af januar 2019.

Her fremgår det, at fra senest 1. januar 2021 videreføres ovenstående vilkår i forbindelse med hjælpepersonale, samt at anvendelse af hjælpepersonale sker på den behandlende fysioterapeuts ansvar.

Vikar

Fysioterapeuter har mulighed for at antage vikar til at passe deres praksis, såfremt dette ikke bevirker en udvidelse af kapaciteten. Dette vil normalt betyde, at fysioterapeuten skal være fraværende i klinikken, når den passes af vikaren.

En vikaransættelse kan maksimalt løbe over et år. Regionen/kommunerne kan dog give dispensation til længere vikarperioder.

I tilfælde, hvor der ønskes en vikaransættelse udover et år, vil regionen/kommunerne vurdere, hvorvidt der via den pågældende vikaransættelse er sket en udvidelse af behandlingskapaciteten i klinikken. Dette vurderes ud fra klinikkens omsætning i den periode, hvor der har været vikaransættelse sammenlignet med klinikkens omsætningen inden vikaransættelsen.

Såfremt det viser sig, at omsætningen er blevet markant forøget under vikaransættelsen, vil ydernummeret med vikaransættelsen blive pålagt et omsætningsloft efter overenskomstens gældende regler.

Satellitklinikker
Som hovedregel kan en fysioterapeut kun have ét ydernummer og én praksisadresse. Fysioterapeuten kan dog praktisere på flere praksisadresser med samme ydernummer, hvis det er i overensstemmelse med praksisplanen (se afsnit 4), og det sker ved anvendelse af den eksisterende kapacitet på klinikken. Udøvelse af fysioterapi i satellitklinik må ikke være af lavere kvalitet, end det der kan tilbydes på moderklinikken og adgangsforholdende samt behandlingsforhold skal leve op til standarderne for at drive fysioterapivirksomhed. Satellitklinikken er således en alternativ løsning til at opfylde behovet for fysioterapi i yderområder, der er tyndt befolket. Satellitklinikker skal drives indenfor den eksisterende kapacitet på moderklinikken.

Det fremgår således af overenskomsterne, at man ved brug af flere praksisadresser kan øge tilgængeligheden ved at reducere de geografiske afstande for patienterne. En yderligere fordel kan være styrket tværfaglig kommunikation og samarbejde, hvis den anden adresse placeres i tilknytning til lægepraksis eller i sundhedscentre, hvor der ikke i forvejen er tilbud om fysioterapibehandling.

Brug af flere praksisadresser med samme ydernummer kan især være relevant i lokalområder, hvor der er behov for større fleksibilitet for at tilgodese patienternes behov for kvalitet, nærhed og valgmuligheder. Kvaliteten kan f.eks. forøges ved, at fysioterapeuter med forskellige interesseområder eller specialer på skift varetager behandlingen i forskellige lokalområder.

Samarbejdsudvalget vedrørende fysioterapi i Region Syddanmark har i den forbindelse lagt vægt på, at det ved behandling af ansøgninger om etablering af satellitpraksis skal vurderes, hvorvidt der er tale om en bedre udnyttelse af kapaciteten, om der etableres samarbejde med andet autoriseret sundhedspersonale og kommunale træningscentre, samt om etableringen fremmer tilgængeligheden til fysioterapeutisk behandling.

Der skal endvidere tages hensyn til, at der er tilstrækkelig kapacitet det sted, hvor kapaciteten overføres fra samt til afstanden til hovedklinikken

1.5 | Kvalitet og It i fysioterapipraksis

For at sikre patienterne den bedste kvalitet arbejdes der på at skabe en kvalitetskultur på tværs af sektorgrænser, hvor der er en fælles forståelse for og brug af målrettet og systematisk kvalitetsudvikling.

Arbejdet med kvalitetsudvikling er derfor også et vigtigt element i forhold til at udvikle fysioterapipraksis og understøtte bevidste og målrettede indsatser, som har til hensigt at sikre patienterne effektive, velkoordinerede og veldokumenterede behandlingstilbud.

Til at understøtte dette arbejde, udvikles der til stadighed nye og forskellige redskaber, som skal understøtte kvaliteten i fysioterapeutens patientbehandling bl.a. Nationale Kliniske Retningslinjer og Den Danske Kvalitets Model.

Understøttelsen af overenskomstens moderniserings- og kvalitetsarbejde bliver håndteret af en nedsat styregruppe. Styregruppen består af to medlemmer fra Danske Fysioterapeuter, et medlem fra Danske Regioner og et medlem fra Kommunernes Landsforening. Styregruppen skal iværksætte og følge op på de kvalitets- og moderniseringsprojekter, der iværksættes i overenskomsten.

Dette gælder bl.a. overenskomstens projekter vedrørende følgende kvalitets- og moderniseringsemner:

- Implementering af nationale kliniske retningslinjer
- Udviklingsprojekt vedr. effektmåling og datadrevet kvalitet
- Modernisering af overenskomstens ydelser

Styregruppen skal ligeledes sikre fremdrift i projekterne. Projekterne er i overenskomsten berammet til en varighed af to år.

1.5.1 | Kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen

Behandlingen i fysioterapipraksis skal følge evidensbaseret praksis med henblik på at sikre, at patienterne tilbydes en ensartet og faglig høj kvalitet i behandlingen på tværs af alle fysioterapipraksis.

Sammenhæng i behandlingen er afgørende for et effektivt behandlingsforløb, hvor patienterne får den rette behandling på det rette sted. For at understøtte sammenhæng i patientforløb i behandlingen af patienter, som har gavn af fysioterapi er det væsentligt, at fysioterapeuterne, hvor de indgår som samarbejdspart, orienterer sig i aftale som f.eks. sundhedsaftaler og forløbsprogrammer, der har til formål at præcisere samarbejde og arbejdsdeling mellem sygehuse, praksissektoren og kommunerne.

Sundhedsstyrelsen udarbejder løbende nationale kliniske retningslinjer (NKR), der skal medvirke til at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet.

De nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedspersonale. Retningslinjerne behandler udvalgte aspekter af diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen.

Retningslinjerne er baseret på videnskabelig evidens og den bedste praksis, og formålet er at understøtte en ensartet indsats på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren – uanset hvor i landet patienten bor.

Af særlig interesse for fysioterapeuterne er der udgivet nedenstående nationale kliniske retningslinjer:
Der forestår herefter et arbejde med implementering af de kliniske retningslinjer, f.eks. i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel eller på områder, hvor regionen har en rolle f.eks. gennem praksiskonsulentordningen.

*** Nationale kliniske retningslinjer:**

NKR udgivet	NKR igangværende udgivelse	NKR ikke udgivet (planlagte)
▮ Cerebral parese ▮ Udvalgte skulderlidelser ▮ Knæartrose ▮ Menisk patologi til knæ ▮ Urin inkontinens hos kvinder ▮ Ikke kirurgisk behandling af nerverod påvirkning ▮ Multiple sklerose ▮ Nakkesmerter med udstråling til arm ▮ Smerter i bevæge apparatet ▮ Håndledsnære brud ▮ Hoftteartrose – ikke kirurgisk behandling og genoptræning efter THA	▮ Nakke smerter – ikke kirurgisk ▮ Ernærings og træningsmæssig rehabilitering af ældre efter indlæggelse	▮ Forebyggelse af fald ▮ Behandling af lumbalstenose

1.5.2 | Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel, (DDKM) er et nationalt system til kvalitetsudvikling i praksissektoren baseret på akkreditering. Dette betyder, at der i samarbejde med Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) udarbejdes akkrediteringsstandarder for hvad god kvalitet er på en række områder. Når akkrediteringsstandarderne er udarbejdet, bliver man til slut vurderet på, om man lever op til disse standarder.

Udfordringen for praksis bliver i første ombæring en praksisbeskrivelse af, hvordan praksis vil opfylde standarderne.

Der skal i den eksisterende overenskomstperiode udarbejdes en udgave af DDKM tilpasset fysioterapipraksis med henblik på implementering af en godkendt kvalitetsmodel i næste overenskomstperiode. Region Syddanmark har to klinikker til afprøvning af 13 standarder for akkreditering for fysioterapipraksis fra efteråret for 2016. I forlængelse af dette arbejde iværksættes implementering af diagnosekodning og datafangst.

Når akkrediteringsstandarderne er udviklet, vil der i samarbejde med IKAS blive gennemført en regional implementering heraf.

1.5.3 | Risikobaseret tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed skal som en af sine hovedopgaver føre tilsyn på udvalgte behandlingssteder i både det offentlige og private sundhedsvæsen ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patienternes sikkerhed.

Det sker blandt andet på baggrund af proaktive risikoanalyser, klagesager, henvendelser fra patienter, pårørende, fagpersoner og offentlige myndigheder samt ved at følge mediernes omtale af sundhedsfaglige problemstillinger.

Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter hvert tilsyn, hvoraf det fremgår, om der er konstateret overtrædelser eller mangler af betydning for patientsikkerheden.

Der laves desuden en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af det risikobaserede tilsyn.

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn fører tilsyn med alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet. Dette gælder ligeledes også for fysioterapipraksis indenfor sundhedsområdet.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører to forskellige former for risikobaseret tilsyn med behandlingssteder: planlagte og reaktive. De gennemføres på basis af Sundhedeslovens § 213. De planlagte bliver varslet seks uger, før de skal finde sted. I varslingsbrevet bliver det beskrevet, hvad tilsynet vil se på, og hvem der skal være til stede. Et reaktivt tilsyn kan udføres med eller uden varsel.

1.5.4 | Centralt kvalitetsarbejde

Med fysioterapioverenskomsten i 2014 blev der aftalt en ny organisering af det overenskomstmæssige kvalitetsudviklingsarbejde med nedsættelsen af en styregruppe for kvalitet og etablering af en enhed for kvalitet.

Styregruppen har ansvaret for kvalitetsudviklingsprojekter og fungerer som overordnet styregruppe for Enhed for kvalitet i fysioterapipraksis[2].

Enheden har udviklet standardsæt til DDKM i samarbejde med IKAS, implementering af kliniske retningslinjer og udviklingsprojekt omkring modernisering af praksissektoren for fysioterapi, hvorefter der udestår det videre implementeringsarbejde.

Det centrale kvalitetsudviklingsarbejde finansieres af Fond til fremme for forskning, kvalitet og uddannelse i fysioterapipraksis, hvortil regionerne og kommunerne tilsammen indbetaler 0,88 kr. årligt (2015-niveau) pr. gruppe 1-sikret (inkl. Børn), ligesom overenskomstparterne ved den seneste overenskomstfornyelse tilførte fonden 3 mio. kr.

Fonden vil fortsat kunne finansiere lokale kvalitetsudviklingsprojekter, hvor ansøgning via det lokale samarbejdsudvalg videresendes til Fonden for fremme af fysioterapeutisk forskning, uddannelse, information. mv.

Arbejdsgruppen for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i Region Syddanmark vurderer og indstiller ansøgninger til bevilling af regionale midler til samarbejdsudvalget i Region Syddanmark. Arbejdsgruppen knytter kommentar og evt. betingelse man mener der skal opfyldes for at kvalificer ansøgningen til bevilling af regionale midler.

[2] enhedforkvalitet.dk

Den regionale kvalitetsudviklings udvalg har til formål at understøtte kvalitetsudvikling i fysioterapipraksis og indstille projekter til bevilling fra den regionale kvalitets udviklingspuljer. Projekter der bevilliges midler til er projekter der bidrager til kvalitet og kvalitetsudvikling i de fysioterapeutiske interventioner og understøtter samarbejde og samordning i patient forløb på tværs af fag og sektorer. Der lægges herudover vægt på at skabe interesse for kvalitetsudvikling og ejerskab for kvalitetsudvikling blandt de praktiserende fysioterapeuter.

Der kan ansøges om midler til konsulentbistand til processen fra ide til projektformulering, og udvalget opfordrer ansøgere til at inddrage kandidater, professionshøjskoler og universiteter i projektarbejdet.

1.5.5 | Praksiskonsulentordningen

På fysioterapiområdet er der en velfungerende praksiskonsulentordning med to regionale praksiskonsulenter, som har til opgave at arbejde med kvalitetsudvikling på fysioterapiområdet og sikre et smidigt og effektivt samarbejde med de praktiserende læger, kommunerne, hospitalerne og øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Konsulenterne arbejder herudover løbende med at udsende relevant information til de praktiserende fysioterapeuter vedrørende kliniske retningslinjer, lovgivning, temamøder, kurser, meddelelser fra praksisadministrationen m.m.

Det forventes, at praksiskonsulenterne fortsætter arbejdet med igangsatte og planlagte kvalitets- og samarbejdsinitiativer i planperioden.

1.5.6 | Regionale projekter

Der har i den hidtidige planperiode været arbejdet med forskellige nationale og regionale kvalitetsprojekter, som kortfattet beskrives her.

Lokalt arbejdes der for at udvikle projekter, der skaber sammenhæng i sundhedsvæsenet. Endvidere arbejdes for at kvalitetsudvikle fysioterapiområdet efter patienternes behov med et tværsektorielt fokus.

I Region Syddanmark arbejdes der ligeledes på at tilvejebringe moderne og evidensbaserede behandlingsmuligheder for patienterne på baggrund af nationale kliniske retningslinjer.

Standardiseret uddannelses- og træningsforløb for knæartrosepatienter

I oktober 2012 udsendte Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for knæartrose (slidgigt i knæet), som overordnet set anbefaler patientuddannelse/-information, træning og vægttab som primær behandling frem for operation.

I Region Syddanmark har man nedsat en styregruppe, der har som opgave at få struktureret og standardiseret indsatsen og implementeringen af de nationale kliniske retningslinjer vedrørende både knæ- og hofteartrose, således at man får et evidensbaseret, nationalt udbredt tilbud til denne patientmålgruppe.

Ved en omfattende dataregistrering vil man derudover for første gang i Danmark få muligheden for at kunne følge patienterne fra de tidligste artrosestadier og til langt efter en kirurgisk intervention. Denne viden forventes at kunne bidrage til en fremtidig evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, mere sammenhængende patientforløb, samt øget vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper til gavn for effekt af behandling på knæ- og hofteartroseområdet.

I 2012 udkom de Nationale Kliniske Retningslinjer og visitationsvejledninger i forbindelse med knæartrose. I den forbindelse blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra sygehusledelsen, ortopædkirurgi, almen praksis og fysioterapi

Arbejdsgruppen udarbejdede en rapport, der har til formål at afdække de barrierer, der måtte være for at implementere et standardiseret uddannelses- og træningstilbud for knæartrosepatienter i Region Syddanmark. På baggrund af rapporten skal der evalueres på forhold, der giver udfordringer, og hvilke konsekvenser det har for implementering af de Nationale Kliniske Retningslinjer i Region Syddanmark.

På baggrund af anbefalingerne i implementeringsrapporten og de Nationale Kliniske Retningslinjer indgik Danske Fysioterapeuter og Region Syddanmark en aftale om et standardiseret uddannelses- og træningsforløb for knæartrosepatienter i Region Syddanmark. Aftalens formål var at sikre et tilbud i praksissektoren til knæartrosepatienter, der levede op til anbefalingerne i de Nationale Kliniske Retningslinjer. Aftalens målgruppe var patienter, hvor der er evidens for, at stillingskorrigerende og stabiliserende træning kan lindre smerter og øge aktivitetsniveauet.

Aftalen gjorde det muligt for samtlige fysioterapeuter med både ydernummer og GLAD-certificering i Region Syddanmark at blive omfattet og dermed indgå i aftalen.

Patientens træningsforløb starter ved patientens egen praktiserende læge. Ud fra en visitationsvejledning kan en patient henvises til et uddannelses- og træningsforløb ved en fysioterapeut. Patienten henvises til et forløb, hvis lægen finder det lægefagligt relevant i forhold til de retningslinjer, der fremgår af visitationsvejledningen. Såfremt kommunerne har et træningstilbud som omfatter målgruppen, kan de praktiserende læger tillige henvise til dette.

Patientens egnethed til træningsforløb vurderes af fysioterapeuten ved 1. konsultation. Hvis fysioterapeuten finder, at en patient ikke er egnet til at deltage i et træningsforløb, skriver denne en epikrise til den praktiserende læge, og informerer om det fremadrettede forløb og eventuelle plan. Patienten kan herefter fortsætte på samme henvisning som tidligere.

Aftalen blev godkendt af Regionsrådet den 19. december 2016 og aftalen trådte i kraft pr. 1. februar 2017.

Pr. oktober 2017 er der 170 certificerede fysioterapeuter tilmeldt til aftalen.

Udvidet lænderygundersøgelse (ULRUS)

I 2011 iværksatte Region Syddanmark et særligt rygforløbsprogram for patienter med lænderygsmerter, hvor det bl.a. er intentionen, at færdigdiagnosticering af patienten skal være afklaret inden for tre måneder, heraf en periode på to måneder i praksissektoren med mulighed for henvisning til Rygcentret.

Som en del af dette program er der udviklet er særligt undersøgelsesprogram (ULRUS), som udføres af særligt uddannede fysioterapeuter og kiropraktorer. Undersøgelsen indledes med en 1. konsultation, hvor patienten gennemgår et særligt undersøgelsesprogram, og dette kan undtagelsesvis suppleres med efterfølgende konsultationer, hvor rygundersøgelsen kan fuldføres.

Aktuelt er der lavet særaftaler med 88 fysioterapeuter, som er certificerede til at varetage ordningen pr. november 2017.

Den geografiske dækning i regionen er god, og antal af udredte patienter har været stigende igennem de sidste år. På trods af at kendskabet til ordningen er blevet større, ligger der en udfordring i at få de praktiserende læger til at bruge ordningen. Almen praksis har været tilbøjelig til at henvise til tilbud i sekundær sektoren, fremfor at forfølge rygforløbsprogrammet i Region Syddanmark.

I 2017 var der ca. 400 patienter, der modtog behandling under denne om ULRUS. Der blev afholdt udgifter til aftalen for ca. 144.000 kr. i Region Syddanmark i 2017.

Samordningsprojekt omkring vederlagsfri fysioterapi

Region Syddanmark tog initiativet til at gøre en indsats, gennem "Samordningsprojektet", for at øge kvaliteten i vederlagsfri patient forløbene ud fra devisen om større vidensdeling omkring målgruppe og dennes behov for behandling kunne skabe større samordning mellem kommune og fysioterapi praksis. Dette vil understøtte sammenhænget i forløbet og fælles mål til fordel for rehabiliteringen og livskvaliteten for patienten.

Projektet blev afviklet i perioden fra 1. september 2013 til 1. januar 2015. Projektet var et samarbejde med 6 kommuner og de praktiserende fysioterapeuter i kommunen. Projektet skulle sætte fokus på samarbejdet mellem kommunen og den behandlende fysioterapeut i forhold til den enkelte patient.

Resultaterne af projektet er beskrevet i et hæfte "Samordningsprojekt, vederlagfri fysioterapi", og det er håbet, at erfaringerne fra projektet i planperioden vil kunne brede sig til regionens øvrige kommuner.

Projektet blev understøttet af den regionale praksiskonsulent.

Projektet viste, at der er behov for en koordineret indsats på tværs af sektorer og fag, foruden behovet for fælles målsætning og monitorering til fordel for patientforløbet.

Kommunernes organisering og arbejdsgange er tillige en udfordring i forhold til eksempelvis integrering af pleje og omsorg, job- og aktiveringscentre samt rehabilitering/kommunale genoptræning i et samarbejde omkring patienter i vederlagsfri fysioterapi. Herudover er der såvel it tekniske som juridiske restriktioner i forhold til interaktion mellem den elektronisk fysioterapeutiske journal og kommunernes omsorgs system.
Dette hæmmer muligheden for vidensdeling og samarbejde på tværs af sektorer.

Projektet affødte tillige nye områder der kunne arbejdes med i form af afdækning af forløb der afviger væsentlig fra gennemsnittet, for herigennem at tilegne sig viden der kan bidrage til forbedring af kvalitet til indsats og forløb.

Man er enige om, at der er meget der kan arbejdes med, uden man har lagt sig fast på et forpligtende samarbejde, udover hvad overenskomsten foreskriver.

Erfaringerne fra projektet er nu videregivet til kommunerne med henblik på eventuelle kommunalt etablerede tiltag på baggrund af projektet.

Overenskomsten giver fremadrettet mulighed for, at de enkelte fysioterapeuter kan honoreres, når de selv tager initiativ til et tværfagligt møde.

Endvidere kan de praktiserende fysioterapeuter også honoreres for både telefonisk og elektronisk kommunikation om konkrete patienter i tværfaglige forløb.

Palliativ fysioterapi

I 2012 indgik Region Syddanmark en lokalaftale med Danske Fysioterapeuter vedrørende palliativ fysioterapi udført af praktiserende fysioterapeuter. Aftalen blev revideret i efteråret 2014.

Palliativ fysioterapi har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom. Dette sker bl.a. ved forebyggelse, lindring af lidelser gennem tidlig diagnosticering, samt umiddelbar vurdering og
behandling af smerter.

Aftalens målgruppe er patienter med alvorlig, livstruende, uhelbredelig sygdom med forventet kort levetid, samt palliative problemstillinger med behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Aftalen om palliativ fysioterapi i Region Syddanmark er et særligt projekt, der er tiltænkt som et supplerende og lokalt tilbud til de allerede eksisterende behandlingstilbud på området.

Aftalen omfatter fysioterapi i eget hjem.

Formålet med aftalen er at sikre et ensartet fysioterapeutisk behandlingstilbud indenfor det palliative område ved praktiserende fysioterapeuter i hele Region Syddanmark. Listen opdateres løbende, og er tilgængelig på sundhed.dk.

Der er pr. 1. december 2017 tilknyttet 20 fysioterapeuter til aftalen om palliativ fysioterapi, hvilket er det maksimale antal fysioterapeuter, der kan være tilsluttet aftalen ad gangen.

De 20 fysioterapeuter er tilknyttet de palliative sygehusteams på regionens fire sygehusenheder i henholdsvis Odense (OUH), Vejle (SLB), Aabenraa (SHS) og Esbjerg (SVS).

I 2016 afholdt Region Syddanmark udgifter for 1,4 mio. kr. til palliativ fysioterapi, fordelt på 451 patienter.

Lymfødembehandling
Der er til lokalaftalen tilføjet et afsnit om lymfødembehandling, der er behandling af væskeansamlinger, der er forårsaget af patienternes nedsatte bevægelighedskapacitet i lymfesystemet.

Patientgruppen til lymfødembehandling vil i høj grad være gengangere fra den palliative indsats.

Denne opgave varetages af de palliative teams på sygehusene, og de palliative sygehusteams er blevet opnormeret med i alt 5 lymfødemfysioterapeuter til varetagelse af denne opgave. Lymfødemfysioterapeuterne har en udekørende funktion til målgruppens patienter med behov for lymfødembehandling i eget hjem.

I Region Syddanmark udmøntes der årligt ca. 2,3 mio. kr. til de palliative teams i forbindelse med varetagelsen af lymfødembehandling i patienternes eget hjem.

Monitoreringsprojekt Fysioterapipraksis 2015-2016

Monitoreringsprojektet er tværregionalt på foranledning af Region Midtjylland med støtte fra både regionale puljer og praksisfonden i DF regi. Projektet er en udløber af registreringsprojektet "Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark"[3] fra 2012, hvor profilen på patienter henvist under speciale 51 blev kortlagt.

Monitoreringsprojekt Fysioterapipraksis har til formål at pilotteste implementering af en it-baseret, standardiseret, udrednings-, behandlings- og kommunikationsmodel. Redskabet vil give muligheder for fremadrettet at kunne understøtte en målrettet behandlingsindsats overfor udvalgte diagnosegrupper, yderligere kvalitetsmonitorering og udvikling i fysioterapipraksis, så ressourcerne udnyttes bedst muligt.

Redskabet vil for den enkelte fysioterapeut medvirke til en mere standardiseret og dokumenteret praksis og en forbedret kommunikationsstandard. For forskere vil det give mulighed for implementering og afprøvning af ny viden. For regioner vil den kunne bidrage til implementering og monitorering af forløbsprogrammer og nationale kliniske retningslinjer.

Data vil give viden om, hvordan udvikling mht. patientens smerteoplevelse, forbrug af smertestillende medicin, livskvalitet og velbefindende mv. har ændret sig over et år, udefra standardiserede fysioterapeutiske interventioner til specifikke regioner. Projektet er en naturlig forlængelse af registreringsprojektet, idet man afprøver specifikke strategier til de identificerede problematikker fra registreringsprojektet, og monitorer indsatsen for at tilegne sig viden til fordel for effekten af behandling til nakke, skulder og lænderyg patient.

1.5.7 | Beskrivelse af It-anvendelse

It-anvendelse indgår i dag som en integreret del af praktiserende fysioterapeuters klinikdrift. Som konkrete eksempler på it-anvendelse kan nævnes kalendersystem, journalsystem og regnskabssystem.

It anvendes endvidere i forhold til kommunikation mellem fysioterapeuten og dennes forskellige samarbejdsparter. Som eksempler herpå, kan nævnes indhentning af henvisninger fra henvisningshotellet, fremsendelse af korrespondancebreve, modtagelse af undtagelsesredegørelser, fremsendelse af episkriser, afregning af ydelser overfor regionen og indhentning af honorarspecifikationer fra regionen via sundhed.dk. Endvidere er der et overenskomstmæssigt krav om, at al elektronisk brevforsendelse med regionen foregår elektronisk via E-boks.

Ud over dette anvendes it i et vist omfang til indberetning til kliniske databaser som f.eks. FysDB og til kvalitetsopfølgning, ligesom patienter udfylder og indsender et spørgeskema med relevante helbredsoplysninger elektronisk til fysioterapeuten forud for en behandling.

De enkelte klinikker deklareres overfor borgerne på sundhed.dk med foruddefinerede oplysninger om klinikken. Disse oplysninger stammer fra regionens yderadministrationssystem samt inddateres af den enkelte klinik.

Samtidig har mange klinikker i dag deres egen hjemmeside, hvor man kan blive orienteret om klinikken, ligesom dens personale præsenteres, der gives oplysninger om behandlingstilbud, og det er muligt at booke tider og i øvrigt rette henvendelse til klinikken.

[3] sundhed.dk/content/cms/45/58845_patientprofil.pdf

Hertil kommer, at regionen er i færd med at udvikle et nyt afregnings- og administrationssystem, som vil fremme den elektroniske kommunikation mellem den enkelte fysioterapeut og regionen omkring praksisforhold.

En anden facilitet, der er under udvikling er patientøvelser på video, som patienten kan få adgang til på sin computer via fysioterapeutens hjemmeside. Dette giver mulighed for, at patienterne visuelt kan få præsenteret de nødvendige øvelser i hjemmet.

Ud over udviklingen af it- og kommunikationsområdet er det vigtigt at have fokus på kvaliteten af de meddelelser, der sendes mellem parterne. Der er således i flere sammenhænge udarbejdet beskrivelser af f.eks. "den gode henvisning" og "den gode epikrise", hvor det er beskrevet, hvilke oplysninger, der med fordel kan videresendes til en anden samarbejdspart i patientforløbet.

1.5.8 | Persondataforordning (GDPR)

Den 25. maj 2018 trådte de nye databeskyttelsesregler i kraft. Dette sker med databeskyttelsesforordningen, som erstatter EU-direktiv 95/46 af 24. oktober 1995, der er implementeret i dansk ret ved lov om behandling af personoplysninger (persondataloven).

Den primære problemstilling i denne gennemgang har været at få afklaret i hvilke tilfælde at Region Syddanmark er enten dataansvarlig eller databehandler og hvorvidt at Region Syddanmark skal indgå en databehandleraftale med den pågældende systemejer.

Måden hvorpå dette gøres afhænger af, om der er tale om en databehandlerkonstruktion eller ej.

Der er eksempelvis tale om en databehandlerkonstruktion, hvor en it-leverandør udelukkende handler efter instruks og udfører elektronisk databehandling af personoplysninger for en myndighed, og hvis det vurderes, at der er tale om en databehandlerkonstruktion, betyder det, at der skal udarbejdes en databehandleraftale mellem den dataansvarlige og databehandleren, som lever op til de krav, der følger af databeskyttelsesforordningen.

Hvis der ikke er tale om en databehandlerkonstruktion, men derimod om en videregivelse af personoplysninger til en anden selvstændig dataansvarlig, skal det sikres, at oplysningerne lovligt kan videregives, og at modtageren af oplysningerne lovligt kan modtage oplysningerne.

Det er blevet vurderet, at der ikke foreligger en databehandlerkonstruktion mellem de praktiserende fysioterapeuter og Region Syddanmark i forbindelse med afregning, registrering til yderregisteret mv., da fysioterapeuterne ikke videregiver oplysninger direkte til Region Syddanmark. Oplysningerne behandles af DXC Technology på vegne af fysioterapeuterne, således at data kan omsættes til elektroniske regioner og håndterbart data til yderregisteret.

Derfor foreligger der en databehandlerkonstruktion mellem Region Syddanmark og DXC som systemejer for både den elektroniske afregningsportal, datavarehuset, samt yderregisteret Notus.

Denne databehandlerkonstruktion er der indhentet en databehandleraftale for via Region Syddanmarks Informationssikkerhedsafdeling.

2 | Praksisbeskrivelse

I dette afsnit af praksisplanen vil den fysioterapeutiske produktion i praksissektoren blive beskrevet. Beskrivelsen tager udgangspunkt i afregningsaktiviteten i kommunerne og regionerne i 2016. Beskrivelsen vil have til formål, at beskrive den nuværende aktivitet i praksis, samt belyse udviklingen indenfor speciale 51 og 62.

Det bemærkes, at tabellerne, hvor der indgår ydelser eller ydelser pr. patient eller pr. sikret tager udgangspunkt i samtlige fysioterapeutiske ydelser. Dermed omfatter opgørelse med "ydelser" også holdtræningsydelser, kørselstillæg m.v.

Beskrivelsesafsnittet vil senere blive inddraget i praksisplanens opsummeringsafsnit, hvor kapacitetsgrundlaget ligeledes vil blive inddraget som en forklarende faktor. Disse faktorer vil bl.a. danne grundlag for Praksisplanens anbefalinger i den kommende planperiode.

Kort med placeringen af klinikkerne og faktabokse om de enkelte kommuner fremgår af praksisplanens bilag.

2.1 | Beskrivelse af udgifts- og behandlingsaktiviteten i den almindelige fysioterapi (speciale 51)

Tabel 2.1.1: Ydelsesaktivitet i 2016 på speciale 51 – fordelt på regioner

	Antal ydelser	Antal patienter*	Antal ydelser pr. patient	Antal ydelser pr. 1000 sikrede
Region Hovedstaden	3.501.488	146.530	23,90	1.888
Region Midtjylland	2.868.055	111.996	25,61	2.192
Region Nordjylland	1.128.624	46.256	24,40	1.870
Region Sjælland	1.689.767	68.829	24,55	2.012
Region Syddanmark	2.205.396	91.069	24,22	1.754

Kilde: Forbrug – 2016, Targit BI
* Antal patienter = antal unikke CPR numre

Region Syddanmarks borgere modtog til sammenligning ca. 2,2 mio. ydelser indenfor speciale 51 i 2016. I Region Syddanmark modtog ca. 91.000 unikke borgere fysioterapeutiske ydelser under speciale 51 i 2016.

Region Syddanmarks borgere har det laveste antal ydelser pr. 1000 sikrede. 1000 sikrede borgere modtager i Region Syddanmark ca. 1.700 ydelser under speciale 51. Dette er det laveste antal ydelser pr. 1000 sikrede på landsplan. Til sammenligning modtages der pr. 1000 sikrede i Region Midtjylland ca. 2.100 ydelser på speciale 51, hvilket er det højeste niveau i Danmark i 2016.

Tabel 2.1.2: Udgifter til speciale 51, fordelt på regioner i 2016

	Udgift i kr.	Udgift pr. person i kr.*	Udgift pr. 1000 sikrede i kr.
Region Hovedstaden	141.650.259	966	76.381
Region Midtjylland	103.987.396	928	79.494
Region Nordjylland	41.477.682	896	68.727
Region Sjælland	62.974.318	914	74.986
Region Syddanmark	81.310.449	892	64.693

Kilde: Forbrug – 2016, Targit BI
* Honorar pr. unik patient i region på spec. 51 i 2016

I 2016 blev der afregnet for 81,3 mio. kr. på speciale 51 i Region Syddanmark. I 2016 havde Region Syddanmark den laveste udgift pr. behandlet patient på speciale 51. En behandlet patient koster i gennemsnit 892,84 kr. i Region Syddanmark.

Region Syddanmark var ligeledes den region med den laveste udgift pr. 1000 sikrede borgere i 2016 på speciale 51. I Region Syddanmark vil udgiften pr. 1000 sikrede udgøre ca. 64.000 kr.

Tabel 2.1.3: Honorarudvikling i Region Syddanmark 14-16 – spec. 51, fordelt på år

År	Udgift i kr.	Udgift pr. person i kr.*	Udgift pr. sikret i kr.
2014	73.753.541	880	58
2015	78.243.621	887	62
2016	81.310.449	892	64

Kilde: Forbrug – 2016, Targit BI
** Honorar pr. unik patient i region på spec. 51 i 2016

I Region Syddanmark har udgiftsudviklingen på speciale 51 været stigende i perioden for 2014-2016. Tabel 3 viser, at der i perioden 2014-2016 kan konstateres en stigning på ca. 10% i udgiften fra 2014-2016. Stigningen i udgifterne til honorarafregningen på speciale 51 skyldes primært en generel forøgelse af aktiviteten på det fysioterapeutiske område. I samme periode er antallet af patienter steget fra ca. 83.000 forskellige patienter i 2014 til ca. 91.000 patienter i 2016. Ligeledes kan det konstateres, at den primære stigning er sket på første konsultationsydelsen og normalbehandlingen.

Fra 1. januar 2015 blev honoraret på 0110 – 1. konsultationsydelsen forhøjet, da den tidligere 0114-ydelse for særligt tidskrævende tillæg udgik. En del af aftalen for udfasningen af 0114-ydelsen var, at honoraret på 0110-1. konsultationsydelsen blev forhøjet. Honorarforøgelsen på 1. konsultationsydelsen kan ligeledes være en medvirkende faktor i forhold til de stigende udgifter på speciale 51 i Region Syddanmark

Udgiften pr. person (patient) har i perioden gennemgået en mindre markant stigning i Region Syddanmark på speciale 51. Udgiften pr. person (patient) er steget med ca. 12 kr. i perioden fra 2014-2016.

Udgiften pr. 1000 sikrede i Region Syddanmark i perioden fra 2014-2016 er steget med ca. 10% ligesom honorarerne, hvor der kan konstateres en sammenhæng i udgiftsudviklingen, samt antallet af patienter og de strukturelle ændringer som f.eks. ændring i honorarsatsen.

I 2016 havde Haderslev Kommune det laveste bruttohonorar pr. sikret. I Haderslev Kommune koster det 45,52 kr. pr. indbygger for behandling under speciale 51. Varde Kommune havde i 2016 det højeste bruttohonorar pr. sikret, hvor udgiften pr. sikret borger i kommunen udgjorde 94,99 kr. pr. sikret i 2016 under speciale 51.

I forhold til ydelsesudviklingen på speciale 51 blev der i 2016 afregnet ca. 2,2 mio. ydelser i Region Syddanmark. Hovedparten af ydelserne er afregnet i de større kommuner i Region Syddanmark.

I Nordfyns Kommune havde man i 2016 det laveste antal ydelser pr. patient på speciale 51. I Nordfyns Kommune blev der afregnet 19,07 ydelser pr. patient i 2016. Til sammenligning havde Aabenraa Kommune det højeste antal ydelser pr. patient med 28,98 ydelser pr. patient på speciale 51.

Fredericia og Haderslev Kommune havde det laveste antal ydelser pr. indbygger i 2016 på speciale 51. 1,17 ydelser blev der givet i de pågældende kommuner i 2016 på speciale 51. Assens Kommune havde det højeste antal ydelser pr. indbygger med 2,70 ydelser i 2016 på speciale 51.

Tabel 2.1.4: Aktivitet på speciale 51 i Region Syddanmark, fordelt på kommuner i 2016*

Sikret Region Kommune	Udgift i kr.	Udgift pr. sikret i kr.	Antal ydelser	Antal ydelser pr. person	Antal ydelser pr. sikret
Assens	3.881.334	90	115.458	28	2,70
Billund	1.837.963	66	44.840	21	1,63
Esbjerg	8.946.561	73	220.007	21	1,82
Fanø	188.051	55	4.857	26	1,43
Fredericia	2.730.646	53	59.910	20	1,17
Faaborg-Midtfyn	3.634.363	68	102.963	25	1,95
Haderslev	2.640.659	45	68.086	21	1,17
Kerteminde	1.847.057	75	51.519	26	2,11
Kolding	5.295.388	56	145.517	23	1,56
Langeland	825.164	59	24.479	28	1,77
Middelfart	2.675.357	69	61.941	20	1,61
Nordfyns	2.378.548	78	55.510	19	1,84
Nyborg	1.583.409	48	52.938	26	1,64
Odense	10.972.391	53	297.087	23	1,46
Svendborg	3.520.937	58	107.887	26	1,79
Sønderborg	5.026.759	61	122.882	21	1,51
Tønder	2.518.804	59	78.705	28	1,85
Varde	4.921.206	94	136.985	26	2,64
Vejen	3.318.318	74	82.402	21	1,86
Vejle	7.103.540	64	208.970	25	1,89
Ærø	430.044	62	10.428	21	1,52
Aabenraa	4.901.823	74	151.230	28	2,31

Kilde: Forbrug – 2016, Targit BI
* Antal personer er antallet at unikke cpr numre, der har modtaget behandling på spec 51 i 2016 i RSD
Note: Tabellen er ekskl. de udgifter, der er givet til borgere uden fast bopælskommune

2.2 | Beskrivelse af udgifts- og behandlingsaktiviteten på den vederlagsfrie fysioterapi (speciale 62)

Tabel 2.2.1: udgifter til speciale 62 i 2016, fordelt på regioner

	Udgifter i kr.	Udgifter pr. 1000 sikrede i kr.	Udgift pr. patient i kr.
Region Hovedstaden	231.057.612	124.401	12.992
Region Midtjylland	231.035.235	176.454	13.597
Region Nordjylland	102.270.256	169.379	13.191
Region Sjælland	124.757.360	148.485	11.660
Region Syddanmark	180.066.492	143.180	12.169

Kilde: CSC Scandihealth – landstal u. yder – 071117

På speciale 62 i 2016 blev der i landets fem regioner afregnet samlet afregnet for ca. 869 mio. kr. Region Syddanmark afregnede ca. 21% af den samlede udgift på speciale 62. Der blev i 2016 afregnet for ca. 180 mio. kr. på speciale 61.

Region Syddanmark havde i 2016 det næstlaveste bruttohonorar pr. 1000 sikrede på speciale 62. Bruttohonoraret pr. 1000 sikrede udgjorde i 2016 ca. 143.000 kr. pr. 1000 sikrede. Til sammenligning udgjorde bruttohonoraret pr. 1000 sikrede i Region Midtjylland ca. 176.000 kr. på speciale 62 i 2016.

Bruttohonoraret pr. unik patient i 2016 i Region Syddanmark på speciale 62 var ligeledes det næstlaveste i de fem regioner. I 2016 udgjorde udgiften pr. unik patient ca. 12.100 kr. på speciale 62. Til sammenligning udgjorde tilsvarende udgift i Region Midtjylland ca. 13.500 kr. pr. unik patient.

Tabel 2.2.2: Ydelsesniveau på speciale 62, fordelt på regioner i 2016

	Antal patienter	Antal ydelser i kr.	Udgifter i kr.	Antal ydelser pr. 1000 sikrede
Region Hovedstaden	17.784	1.869.235	231.057.612	1.006
Region Midtjylland	16.991	2.173.761	231.035.235	1.660
Region Nordjylland	7.753	900.248	102.270.256	1.490
Region Sjælland	10.699	1.084.277	124.757.360	1.290
Region Syddanmark	14.796	1.592.265	180.066.492	1.266

Kilde: CSC Scandihealth – landstal u. yder – 071117

I 2016 blev der afregnet ca. 1,5 mio. ydelser på speciale 62 i Region Syddanmark. De ca. 1,5 mio. ydelser blev afregnet til ca. 14.700 unikke patienter. Både ift. antallet af ydelser, samt antallet af patienter er Region Syddanmark placeret i midten ift. de fire andre regioner. I forhold til antallet af ydelser pr. 1000 sikrede i 2016 på speciale 62 har Region Syddanmark det andet laveste antal ydelser pr. 1000 sikrede. I Region Syddanmark blev der pr. 1000 sikrede givet 1.266 ydelser. Til sammenligning blev der pr. 1000 sikrede givet 1.660 ydelser i Region Midtjylland i 2016 på speciale 62.

Tabel 2.2.3: Udgiftsudvikling fra 14-16 på spec. 62 – Region Syddanmark

År	Ydelser Speciale	Udgift i kr.	Udgift pr. patient i kr.
2014	62 – Vederlagsfri fysioterapi	161.178.513	11.589
2015	62 – Vederlagsfri fysioterapi	172.171.208	11.923
2016	62 – Vederlagsfri fysioterapi	180.066.492	12.169

Kilde: CSC Scandihealth – forbrug – 071117

Udgiftsniveauet på speciale 62 er steget i perioden fra 2014-2016 i Region Syddanmark. Udgiftsniveauet fra 2014-2016 er steget med ca. 12% fra en udgift på ca. 161 mio. kr. til en udgift på ca. 180 mio. kr. i 2016.

Udgiften pr. unik patient er ligeledes steget. Udgiften er steget med ca. 5% i perioden fra 2014-2016. Udgiften i 2016 udgjorde ca. 12.100 kr. pr. unik patient i Region Syddanmark. Antallet af patienter har fulgt udviklingen med udgiften pr. unik patient i perioden fra 2014-2016. Der var i 2014 ca. 13.900 patienter på speciale 62 og i 2016 var der ca. 14.700 patienter. Udviklingen svarer til en vækst på ca. 6% i antallet af patienter på speciale 62.

Tabel 2.2.4: Udgift pr. kommune – spec. 62 – Region Syddanmark i 2016

Kommune	Udgift i kr.	Udgift pr. patient i kr.	Udgift pr. sikret i kr.
Assens	8.708.344	13.295	203,33
Billund	3.461.735	11.655	125,93
Esbjerg	17.488.789	12.654	144,39
Fanø	253.943	11.041	74,90
Fredericia	6.395.895	10.659	124,93
Faaborg-Midtfyn	7.560.302	11.368	142,90
Haderslev	7.754.819	11.574	133,60
Kerteminde	3.883.661	11.064	158,91
Kolding	10.104.893	11.215	108,42
Langeland	3.082.167	15.488	223,25
Middelfart	5.101.742	10.995	132,32
Nordfyns	5.778.939	13.133	191,69
Nyborg	5.765.506	12.452	178,07
Odense	31.039.076	12.906	151,97
Svendborg	11.079.660	12.706	183,53
Sønderborg	11.167.476	11.268	136,97
Tønder	6.385.971	11.568	150,21
Varde	8.963.616	12.380	172,97
Vejen	4.584.588	9.901	103,29
Vejle	12.013.952	12.159	108,46
Ærø	1.109.898	12.332	161,58
Aabenraa	8.381.509	12.565	127,75

Kilde: CSC Scandihealth – forbrug – 071117

I 2016 blev der i alt afregnet for ca. 180 mio. kr. på speciale 62 i Region Syddanmark. Det er primært de geografisk store kommuner, der udgør den primære udgift på speciale 62. Odense Kommune udgjorde 17,2% af regionens samlede afregning på speciale 62. Esbjerg Kommunes udgift udgjorde en andel på 9,7% af de samlede udgifter på speciale 62 i 2016.

Langeland Kommune var i 2016, kommunen med den højeste udgift pr. unik patient. Udgiften pr. patient i Langeland Kommune udgjorde ca. 15.400 kr. pr. patient. Regionsgennemsnittet var i 2016 på ca. 12.000 kr. pr. unik patient på speciale 62. Ligeledes kan det ses, at Vejen Kommune var den kommune med den laveste udgift pr. patient med ca. 9.900 kr. pr. patient.

Langeland Kommune var ligeledes kommunen med den højeste udgift pr. sikret i 2016. I Langeland Kommune var udgiften pr. sikret på ca. 223 kr. pr. sikret. Herefter fulgte Assens Kommune med en udgift på ca. 203 kr. pr. sikret i 2016 på speciale 62.

Tabel: 2.2.5: Udgift pr. sikret på speciale 62 – Fordelt på kommuner 14/16 i kr.

Kommune	2014	2015	2016	Vækst	Gns. udgift pr. sikret i periode	Difference i kr.
Langeland	172,38	194,56	223,25	29,5%	196,73	50,87
Assens	178,46	189,53	203,33	13,9%	190,44	24,87
Nordfyns	165,31	188,14	191,69	16,0%	181,71	26,37
Svendborg	166,42	183,69	183,53	10,3%	177,88	17,11
Nyborg	167,65	172,94	178,07	6,2%	172,89	10,42
Varde	156,30	165,20	172,97	10,7%	164,82	16,67
Ærø	123,17	159,39	161,58	31,2%	148,05	38,41
Odense	141,47	147,75	151,97	7,4%	147,06	10,50
Tønder	129,07	147,29	150,21	16,4%	142,19	21,14
Kerteminde	121,63	144,98	158,91	30,7%	141,84	37,28
Esbjerg	129,00	140,16	144,39	11,9%	137,85	15,38
Faaborg-Midtfyn	133,50	135,96	142,95	7,1%	137,47	9,45
Haderslev	128,44	134,49	133,60	4,0%	132,18	5,16
Middelfart	124,04	130,22	132,32	6,7%	128,86	8,27
Sønderborg	110,01	123,93	136,97	24,5%	123,64	26,96
Fredericia	120,09	121,86	124,93	4,0%	122,29	4,84
Billund	102,93	115,83	125,93	22,3%	114,90	23,00
Aabenraa	101,25	111,76	127,75	26,2%	113,59	26,50
Kolding	107,88	104,67	108,42	0,5%	106,99	0,55
Vejle	94,16	101,45	108,46	15,2%	101,36	14,30
Vejen	94,04	96,73	103,29	9,8%	98,02	9,25
Fanø	65,49	66,65	74,90	14,4%	69,02	9,40
Region Syddanmark	**128,76**	**139,87**	**147,25**	**14,4%**	**138,63**	**18,49**

Kilde: CSC Scandihealth – forbrugsdata – 101117
Note: Farvemarkering = over regionsgennemsnit i pågældende år/kategori.

På speciale 62 har udgiften pr. sikret i perioden 2014-2016 vækstet med 14,4% svarende til en stigning på 18,4 kr. pr. sikret på den gennemsnitlige udgift pr. sikret indenfor speciale 62. Langeland Kommune har den højeste gennemsnitlige udgift pr. sikret i perioden 2014-2016. I Langeland Kommune har den gennemsnitlige udgift pr. sikret været på 196,73 kr. i perioden fra 2014-2016.

I perioden 2014-2016 var den gennemsnitlige udgift pr. sikret på 138,63 kr. i Region Syddanmark. I perioden har 10 kommuner haft en højere gennemsnitlig udgift end regionsgennemsnittet og 12 har haft en gennemsnitlig udgift, der lå under regionsgennemsnittet for hele perioden pr. sikret.

Der er en stor adspredelse i forhold til udviklingen i udgifter pr. sikret i perioden i de enkelte kommuner. I Langeland Kommune er udgiften pr. sikret steget med ca. 50 kr., hvorimod udgiften i Kolding Kommune er steget med 0,55 kr. i perioden.

Ligeledes har befolkningsudviklingen i de enkelte kommuner en indflydelse på udgiften pr. sikret.

Det ligger ikke indenfor Praksisplanens rammer, at beskrive udgiftsudviklingen på speciale 62 yderligere. Dette kan dog tages op som fokusområde efter kommunernes ønske.

2.2.1 | Faktorer og indikatorer for udgiftsudviklingen på speciale 62

Vederlagsfri fysioterapi har til formål at give adgang til fysioterapi, der forbedrer og vedligeholder patienters funktionsniveau. Vederlagsfri fysioterapi forhaler forringelse af funktioner hos voksne og børn med et varigt svært fysisk handicap eller funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

Flere sociale og økonomiske faktorer kan derfor have indflydelse på udgiftsudviklingen indenfor den vederlagsfrie fysioterapi.

Dette afsnit har til formål at udarbejde en generelt og overordnet kortlægning af mulige faktorer, der muligvis kan påvirke udgiftsudviklingen i de enkelte kommuners vedlagsfrie fysioterapiordning.

Som nævnt i afsnit 2.2 ligger det ikke indenfor planens rammer at beskrive udgiftsudviklingen på speciale 62 nærmere i forhold de enkelte kommuner.

I tabel 2.2.6 fremgår flere faktorer, der kan have indflydelse på udgiftsudviklingen for den vederlagsfrie fysioterapi.

Dette gælder befolkningsgrupper som bl.a. førtidspensionister, folkepensionister og borgere med fysisk handicap.

Et øget antal af borgere, der modtager enten pensionsydelser og/eller handicapydelser i den enkelte kommune, kan påvirke udgifterne til den vederlagsfrie fysioterapi. Ligeledes kan befolkningens alderssammensætning i den enkelte kommune også være en udslagsgivende faktor for udgifterne for de vederlagsfrie ordninger.

Det kan konstateres, at der opleves en forholdsvis markant forskel i befolkningssammensætningen i de enkelte kommuner.

Intervallet i kommunernes andel af indbyggere, der modtager pensionsydelser, varierer mellem ca. 20% i en kommune til ca. 39% i en anden.

Samme tendens gør sig gældende ved handicapydelser pr. 1000 indbyggere i kommunen, hvor kommunerne har givet mellem 10-38 handicapydelser pr. 1000 indbyggere i 2017.

Ligeledes er der stor forskel i de enkelte kommuners udgifter indenfor de enkelte aldersgrupper. Udgiften pr. patient i aldersgruppen 3-15 år varierer i intervallet mellem ca. 3.000-13.000 kr. pr. patient i 2017.

Derudover varierer udgiftsintervallet i aldersgruppen 80+ mellem 0 kr. – ca. 14.000 kr. i 2017.

Den demografiske og socioøkonomiske forskellighed, der eksisterer i de enkelte kommuner, kan være en faktor, der besværliggør en yderligere økonomisk sammenligningsanalyse på tværs af kommunerne.

Den enkelte kommune kan have nogle særlige grundlagsforudsætninger, der er bemærkelsesværdigt forskellige fra nabokommunens, selvom der er begrænset afstand mellem kommunerne rent geografisk.

Tabel 2.2.6: Oversigt over sociale faktorer, der kan påvirke udgiftsniveauet på spec. 62 i 2017. fordelt på kommuner i Region Syddanmark

Kommune	Indbyggere pr. 1. okt. 2017 i kommune	Antal modtagere af folke- og førtids-pensionsydelser i 2017 i kr.	Andel af indbyggere på folke el. førtidspen-sion i 2017	Antal handicap-ydelser pr. 1000 indbyg-gere i 2017*	Gennemsnitlig årlig indkomst før skat i kommune for personer over 14 år i 2017 i kr.	Antal ydelser pr. sikret i 2017	Udgift pr. sikret i 2017 i kr.
Assens	41.418	10.846	26,2%	20,0	291.657	2,2	224
Billund	26.491	6.435	24,3%	19,5	316.820	1,1	133
Esbjerg	116.045	27.548	23,7%	21,5	306.984	1,3	141
Fanø	3.403	1.116	32,8%	7,3	321.801	0,4	68
Fredericia	51.158	12.145	23,7%	Ikke indberettet	307.552	1,1	132
Faaborg-Midtfyn	51.477	14.198	27,6%	12,5	288.458	1,2	147
Haderslev	55.941	14.328	25,6%	18,1	293.545	1,0	119
Kerteminde	23.797	6.578	27,6%	38,7	302.153	1,5	167
Kolding	92.491	19.697	21,3%	15,8	317.707	1,0	115
Langeland	12.605	4.853	38,5%	12,1	257.776	2,4	239
Middelfart	38.122	9.790	25,7%	18	323.234	1,1	141
Nordfyns	29.587	7.642	25,8%	Ikke indberettet	289.854	1,5	191
Nyborg	32.018	9.304	29,1%	17,9	288.951	1,7	180
Odense	202.250	41.947	20,7%	20,6	284.822	1,2	152
Svendborg	58.620	15.397	26,3%	Ikke indberettet	293.029	1,8	199
Sønderborg	74.684	20.683	27,7%	10,6	297.579	1,2	144
Tønder	37.727	10.441	27,7%	20,4	281.082	1,2	157
Varde	50.324	12.493	24,8%	16	299.644	1,5	173
Vejen	42.893	10.072	23,5%	21,7	300.749	0,9	103
Vejle	113.978	24.714	21,7%	14,9	325.156	0,9	110
Ærø	6.199	2.419	39,0%	19,3	265.233	1,5	172
Aabenraa	59.078	15.406	26,1%	18,2	293.063	1,1	131
Region Syddanmark	**1.220.306**	**298.052**	**24,4%**	**18,05**	**297.584**	**1,3**	**146**

Kilde: Danmarks statistik, Statistikbanken, Befolkning, Levevilkår, Sociale forhold for 2017, udtrukket 121218
Note: Regionsgennemsnittet for antal handicapydelser pr. 1000 indbyggere er beregnet på baggrund af 19/22 kommuners antal.
*Handicapydelser i tabellen omfatter ydelser efter servicelovens §83, 84, 85, 96, 97, 98, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 115 jf. Danmarks Statistik.

2.3 | Fysioterapeutisk kapacitet, tilgængelighed og ventetid i Region Syddanmark

Tabel 2.3.1: Kapacitetsoversigt fordelt på kommuner – indbyggere pr. kap nov. 2017

Kommune	Kapacitet	Indbyggere	Indbyggere pr. kapacitet
Assens	11,49	41.406	3.604
Billund	5,5	26.520	4.822
Esbjerg	21	115.932	5.521
Fanø	1	3.370	3.370
Fredericia	7,5	51.023	6.803
Faaborg-Midtfyn	7,5	51.436	6.858
Haderslev	11,5	56.009	4.870
Kerteminde	5,99	23.795	3.972
Kolding	16,5	92.399	5.600
Langeland	4,5	12.577	2.795
Middelfart	6,49	38.123	5.874
Nordfyns	5,5	29.607	5.383
Nyborg	5,5	32.068	5.831
Odense	40,97	200.703	4.899
Svendborg	13,5	58.627	4.343
Sønderborg	17,5	74.785	4.273
Tønder	8,5	37.887	4.457
Varde	10,5	50.462	4.806
Vejen	9,5	42.875	4.513
Vejle	18,5	113.720	6.147
Ærø	2	6.169	3.085
Aabenraa	11,5	59.172	5.145
Region Syddanmark	242,44	1.218.665	5.027

Kilde CSC Yderregister pr. 071117 – DST 1. okt 2017

I Region Syddanmark er der pr. november 2017 en fysioterapeutisk kapacitet svarende til 242,44 kapaciteter uden mobileydernumre og ridefysioterapeuter. Ovenfor ses fordelingen af de fysioterapeutiske kapaciteter i de enkelte kommuner.

Der er i alt 127,94 deltidskapaciteter på under 30 timer og 114,50 fuldtidskapaciteter på over 30 timer i Region Syddanmark pr. november 2017.

I ovenstående tabel ses indbyggertallene pr. oktober 2017 i Region Syddanmark fordelt på de enkelte kommuner. Der var pr. oktober 2017 ca. 1,2 mio. indbyggere i Region Syddanmark.

Tabel 2.3.2: Indbyggere pr. kapacitet – Landsplan

	Kapacitet	Indbyggertal	Indbyggere pr. kapacitet
Region Syddanmark	242,4	1.218.665	5.027
Region Hovedstaden	406,5	1.821.577	4.481
Region Midtjylland	295	1.312.985	4.451
Region Sjælland	261	834.740	3.198
Region Nordjylland	202	588.962	2.916

Note: Region Sjælland og Region Hovedstaden og Region Midt er indrapporteret og Nordjylland er fra seneste praksisplaner. – 071117
Region Syddanmarks tal er fra notus pr. nov. 2017. Befolkningstal DST 3K

Region Syddanmark har pr. november 2017 det højeste antal indbyggere pr. fysioterapeutisk kapacitet. Der er pr. november 2017 ca. 5000 indbyggere pr. fysioterapeutisk kapacitet i Region Syddanmark. Der er ca. 1,2 mio. indbyggere i Region Syddanmark pr. oktober 2017. Antallet af kapaciteter i Region Syddanmark er opgjort til 242,4 kapaciteter.

De 242,4 kapaciteter er fordelt på 114,5 kapaciteter over 30 timer og 127,94 kapaciteter normeret til under 30 timer. Hvis samtlige kapaciteter (127,94) blev defineret som 0,5 kapacitet, ville de tilsammen udgøre 63,97 fuldtidskapaciteteter. Ud fra den forudsætning vil Region Syddanmark således have 187,47 fuldtidskapaciteter pr. november 2017. Dette vil svare til, at der er ca. 6.800 indbyggere pr. fuldtidskapacitet i Region Syddanmark.

Kapacitetsvurdering i kommunerne

Som led i vurderingen af den fysioterapeutiske kapacitet er antallet af indbyggere pr. fysioterapeutisk kapacitet blevet beregnet i tabel "Kapacitetsoversigt fordelt på kommuner – indbyggere pr. kap nov. 2017".

9 ud af 22 kommuner har flere indbyggere pr. kapacitet end regionsgennemsnittet.

I forbindelse med praksisplanen er de 22 kommuner blevet anmodet om en vurdering af den eksisterende kapactet indenfor vederlagsfri fysioterapi, samt angive om der er etableret et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi.

Derudover har kommunerne angivet, hvorvidt de ønsker at udvide den fysioterapeutiske kapacitet.

Ligeledes er kommunerne blevet bedt om at angive, hvorvidt der er etableret samarbejdsforum mellem de praktiserende fysioterapeuter og kommunerne.

Her fremhæves konklusionerne af kommunernes vurdering:

- 8 ud 22 kommuner har et kommunalt tilbud til vederlagsfri fysioterapi.
- Langeland Kommune angiver, at de ønsker at udvide den ridefysioterapeutiske kapacitet.
- Ingen kommuner ønsker at udvide kapaciteten på den vederlagsfri fysioterapi.
- 16 ud af 22 kommuner har etableret samarbejdsfora med de praktiserende fysioterapeuter.

Faaborg Midtfyn Kommune har som eneste kommmune ikke angivet svar i ovenstående spørgerunde.

Ventetid

Tabel 2.3.3: Ventetider for ikke-akutte patienter pr. okt. 2017

Region	Ventetid i uger
Sjælland	1,9
Syddanmark	0,8
Hovedstaden	0,7
Midtjylland	0,7
Nordjylland	0,6

Kilde: Sundhed.dk 09-11-17

I oktober 2017 opgjorde Sundhed.dk ventetiderne for de praktiserende fysioterapeuter med ydernummer (uden ridefysioterapeuter og mobile fysioterapeuter) for landets 5 regioner for ikke-akutte patienter.

Der er generelt en forholdsvis kort ventetid for ikke-akutte patienter i samtlige af landets regioner.

I Region Syddanmark skal en ikke-akut patient vente under en uge på at få en tid til behandling hos en fysioterapeut med sygesikringsydernummer.

Tilgængelighed

Der opleves ligeledes en god og tilstrækkelig geografisk dækning i den fysioterapeutiske kapacitet i Region Syddanmark.

Der er fysioterapeutiske tilbud tilgængeligt i samtlige af regionens kommuner, samt en forholdsvis lav ventetid på under én uge pt. for ikke-akutte henvendelser.

Der blev i den seneste planperiode udmøntet to ydernumre i henholdsvis nær Jelling i Vejle Kommune og i Vamdrup i Kolding Kommune.

Den konkrete fordeling af fysioterapeutiske tilbud kan ses i praksisplanens bilag, hvor der fremgår landkort med de forskellige fysioterapeutiske tilbud indplaceret.

Befolkning og alder

Tabel 2.3.4: Befolkningsfremskrivning 2017-2030 efter alder og årstal - Region Syddanmark

Aldersinterval	2017	Andel	2022	Andel	2026	Andel	2030	Andel
0-9 år	129.656	10,65%	127.914	10,40%	135.693	10,95%	140.937	11,29%
10-19 år	150.867	12,39%	145.707	11,85%	137.777	11,12%	133.200	10,67%
20-29 år	143.974	11,83%	146.456	11,91%	140.811	11,36%	138.318	11,08%
30-39 år	130.042	10,68%	134.174	10,91%	145.641	11,75%	150.887	12,09%
40-49 år	163.147	13,40%	149.369	12,15%	136.458	11,01%	134.508	10,78%
50-59 år	172.287	14,15%	173.160	14,08%	165.584	13,36%	153.664	12,31%
60-69 år	151.959	12,48%	152.902	12,43%	160.727	12,97%	165.640	13,27%
70-79 år	116.534	9,57%	131.104	10,66%	132.281	10,67%	131.932	10,57%
80-89 år	48.641	4,00%	58.041	4,72%	71.837	5,80%	84.010	6,73%
90-99 år	9.876	0,81%	10.753	0,87%	12.124	0,98%	14.533	1,16%
100 år +	241	0,02%	266	0,02%	306	0,02%	344	0,03%
I alt	1.217.224	100%	1.229.846	100%	1.239.239	100%	1.247.973	100%

Kilde:: DST - 14112017 -
Note fra DST: På grund af afrundinger vil summering af alle aldre i tabellen afvige fra hele regionens eller landsdelens folketal.

I Region Syddanmark forventes der, at blive ca. 30.000 indbyggere yderligere i perioden 2017-2030.

I perioden 2017-2030 forventes det, at antallet af indbyggere i aldersgruppen 40-49 og 50-59 vil falde over tid. I 2017 udgør 40-59 årige ca. 27% af den syddanske befolkning. I 2030 forventes det, at ande-len af 40-59 årige vil udgøre ca. 23%.

Derimod forventes det, at andelen af borgere med alderen +60 år vil stige i perioden 2017-2030.

I 2017 udgør andelen af +60 år ca. 26% af den samlede syddanske befolkning. I 2030 forventes det, at borgere med alderen +60 år vil udgøre ca. 31% af det samlede antal indbyggere i Region Syddanmark.

Kapacitetsfremskrivelse

I perioden 2018-2028 forventes der en tilgang af ca. 31.000 indbyggere i Region Syddanmark. I ovenstående afsnit beskrives det ligeledes, at andelen af borgere i aldersintervallet 60+ vil stige løbende over perioden og udgøre 31% af den samlede befolkning i Region Syddanmark på 2030.

Derfor vil der i fremtiden være behov for en øget behandlingskapcitet på det fysioterapeutiske område.

Såfremt, at den fysioterapeutiske kapacitet skulle fremskrives med samme procenttal som befolkningen, vil der i 2023 være behov 2,28 fysioterapeutisk kapacitet yderligere på speciale 51.

I perioden 2018-2028 vil der over de ti år være behov for, at udvide kapaciteten med 3,56 kapaciteter yderligere i forhold til den nuværende behandlingskapacitet på speciale 51.

Tabel 2.3.5: Aktivitet på speciale 65 – Vederlagsfri ridefysioterapi i Region Syddanmark

År	Antal patienter	Antal ydelser	Udgift i kr.	Udgift pr. sikret i kr.
2014	1.565	232.063	25.635.635	19,82
2015	1.570	235.923	26.142.876	20,06
2016	1.588	237.242	26.275.472	19,99

2.4 | Beskrivelse af aktivitet for vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65)

Aktiviteten indenfor speciale 65 i Region Syddanmark har holdt et stabilt niveau i perioden 2014-2016. Der er omkring 1.500 forskellige patienter tilknyttet den vederlagsfrie ridefysioterapi i Region Syddanmark. Antallet af patienter har været ca. 1.500 i hele perioden fra 2014-2016.

Aktiviteten for antallet af afregnede ydelser indenfor speciale 65 er steget med 2,2% i perioden.

Udgifterne til speciale 65 har ligeledes været stabile i perioden fra 2014-2016. Der kan konstateres en stigning på 2,5% i udgifterne for perioden 2014-2016. Stigningen skyldes primært den generelle pris/løn udvikling på området.

Tabel 2.4.1: Ridefysioterapeutisk kapacitetsfordeling i Region Syddanmark

	Antal ydernumre	Antal kapacitet	Kapacitet i antal ugentlige timer
Jylland	13	9,5	335
Fyn	7	4	172
I alt	20	13,5	507

	Andel ydernumre	Andel kapacitet	Kapacitet i antal ugentlige timer (andel)
Jylland	65,0%	70,4%	66,1%
Fyn	35,0%	29,6%	33,9%
I alt	100,0%	100,0%	100,0%

Kilde: CSC Notus – 240118
Note: En af de jyske kapaciteter, er tilknyttet Vejle Kommune, men varetages af en fynsk ridefysioterapeut.
Denne kapacitet tæller som en jysk kapacitet, da kapaciteten er tilknyttet en jysk kommune.
Antal timer er beregnet ud fra oplysninger i yderregister pr. 25-01-18.
Ydernumre under 30 timer, uden limitering i timeantal, er fastsat som 30 timer.

Indenfor speciale 65 har der igennem en længere årrække været en ujævn fordeling af den ridefysioterapeutiske kapacitet i Region Syddanmark.

I 2012 blev der udarbejdet en udviklingsplan, hvor det blev besluttet at følge kapacitetsudviklingen indenfor det ridefysioterapeutiske område med henblik på en eventuel harmonisering af kapaciteten mellem Jylland og Fyn.

Jylland har længe haft en større ridefysioterapeutisk kapacitet end på Fyn. Pr. 1. januar 2018 var der 13,5 ridefysioterapeutiske kapaciteter i Region Syddanmark.

De 13,5 kapaciteter er fordelt således, at 4 kapaciteter er tilknyttet fynske kommuner, og 9,5 kapaciteter er tilknyttet jyske kommuner.

Opgøres den ridefysioterapeutiske kapacitet i antal udbudstimer i Region Syddanmarks jyske og fynske kommuner, er der en samlet ugentlig kapacitet på 507 kapacitetstimer i Region Syddanmark.

172 af timerne er tilknyttet de fynske kommuner, og 335 af timerne er tilknyttet de jyske kommuner i Region Syddanmark. Dette svarer til, at 66,1% af det samlede antal ridefysioterapitimer er tilknyttet de jyske kommuner i Region Syddanmark.

Tabel 2.4.2: Geografisk fordeling af aktivitet i 2016 – spec. 65 i Region Syddanmark

Sikret Region Kommune	Antal patienter	Antal ydelser	Udgift i kr.	Landsdel
Fyn – Speciale 65 i 2016				
Assens	33	4.446	459.206	Fyn
Faaborg-Midtfyn	50	7.590	813.419	Fyn
Kerteminde	28	4.499	500.681	Fyn
Langeland	1	126	14.170	Fyn
Middelfart	44	7.654	834.880	Fyn
Nordfyns	34	4.988	511.632	Fyn
Nyborg	56	7.980	980.113	Fyn
Odense	155	23.321	2.398.397	Fyn
Svendborg	46	6.575	696.323	Fyn
Ærø	16	1.948	172.323	Fyn
Fyn i alt	**463**	**69.127**	**7.381.148**	
Jylland – Speciale 65 i 2016				
Billund	47	8.069	889.816	Jylland
Esbjerg	149	21.986	2.535.058	Jylland
Fredericia	75	12.580	1.363.480	Jylland
Haderslev	89	12.411	1.467.022	Jylland
Kolding	173	30.230	3.207.273	Jylland
Sønderborg	84	9.422	984.505	Jylland
Tønder	96	10.516	1.198.448	Jylland
Varde	47	7.314	855.107	Jylland
Vejen	92	15.864	1.668.506	Jylland
Vejle	156	24.897	2.865.210	Jylland
Aabenraa	117	14.826	kr. 1.859.892	Jylland
Jylland i alt	**1.125**	**168.115**	**18.894.324**	

Note: Fanø kommune har i 2016 ikke haft udgifter til spec. 65 og indgår derfor ikke i tabellen.

I 2016 afregnede borgerene i Region Syddanmark ydelser for 26,2 mio. kr. Heraf udgjorde 7,3 mio. kr. udgifter til borgere fra fynske kommuner. Dette svarer til, at ca. 28% af den samlede afregningsudgift udgik fra de fynske kommuner. Dermed afregnede borgere fra den jyske del af Region Syddanmark ca. 18,8 mio. kr. svarende til ca. 72% af den samlede udgift på speciale 65 i 2016.

Samme fordelingstendens mellem Region Syddanmarks jyske og fynske kommuner indenfor ridefysioterapi kommer til udtryk ved både patientfordeling og ydelsesfordelingen i 2016.

Region Syddanmarks jyske kommuner havde 70% af regionens samlede antal patienter på speciale 65 i 2016. Ligeledes afregnede de jyske kommuner ca. 70% af de ridefysioterapeutiske ydelser, der blev afregnet i 2016 på speciale 65.

Tabel 2.4.3: Gruppe-1 sikrede fordelt på Jylland og Fyn i Region Syddanmark – nov. 17

Område	Antal
Fyn	456.439
Jylland	731.178
I alt	1.187.617

Kilde: CSC Scandihealth – nov 17

Kapacitetsfordelingen indenfor ridefysioterapi i Region Syddanmark afspejler i nogen grad den generelle befolkningsfordeling mellem Jylland og Fyn.

I november 2017 var ca. 1,187 mio. gruppe 1-sikrede borgere i Region Syddanmark. 62% af de gruppe-1 sikrede har bopæl i regionens jyske del, mens 38% har bopæl på Fyn og Ærø.

I forhold til kapacitetsfordelingen, og den generelle aktivitet på speciale 65, viser tallene, at der er en forholdsvis naturlig fordeling af aktiviteten og kapaciteten i forhold til antallet af gruppe-1 sikrede borgere i henholdsvis Jylland og Fyn.

Den jyske del i Region Syddanmark har en smule større aktivitet i forhold til andelen af gruppe-1 sikrede sammenlignet med Fyn. De afholdte ca. 70% af aktiviteten i forhold til ydelser og udgifter, mens 62% af det samlede antal gruppe-1 sikrede borgere har bopæl i den jyske del af regionen. Ligeledes findes 66% af det samlede antal kapacitetstimer indenfor ridefysioterapien sted i regionens jyske kommuner.

Det bemærkes i øvrigt, at 21 kommuner afregnede ydelser på speciale 65 i Region Syddanmark i 2016. Fanø Kommune afholdt som eneste kommune ikke udgifter eller ydelser på speciale 65 i 2016.

Det kan på baggrund af ovenstående konkluderes, at der tegner sig et billede af, at der er en ujævn fordeling af den ridefysioterapeutiske kapacitet i Region Syddanmark, hvor fordelingen mellem regionens jyske og fynske kommuner er ca. 70/30 i jysk favør.

Denne fordeling afspejles dog i nogen grad som en naturlig fordeling i forhold til antallet af gruppe-1 sikrede i henholdsvis Jylland og Fyn i Region Syddanmark.

Dermed er der, modsat tidligere, en forholdsvis god sammenhæng mellem udbuddet af ridefysioterapeutisk kapacitet og befolkningsgrundlaget mellem Region Syddanmarks jyske og fynske kommuner, da fordelingen i udgifter, aktivitet og gruppe-1 sikrede følger kapacitetsfordelingen på speciale 65 tæt.

Der er dermed ikke umiddelbart grundlag for en yderligere harmonisering på nuværende tidspunkt i forhold til kapaciteten mellem Jylland og Fyn, da udbuddet af kapacitet følger befolkningsgrundlaget på nuværende tidspunkt.

Kommunerne i Region Syddanmark har på nuværende tidspunkt ikke planer om at udmønte nye ydernumre indenfor speciale 65.

2.5 | Opsummering

Ovenstående afsnit har beskrevet udgifts- og ydelsesudviklingen indenfor speciale 51 og 62.

På baggrund af de anførte tabeller er Region Syddanmarks udgiftsniveau på niveau med landets øvrige regioner på begge specialer. Region Syddanmarks udgiftsniveau pr. patient og pr. sikret er generelt lavt i forhold til landets øvrige regioner på begge specialer.

I forhold til ydelsesanvendelse er Region Syddanmark ligeledes på niveau med de øvrige regioner på begge specialer som anvist i Kapitel 3.

For speciale 62 opsummeres der, at de enkelte kommuner har forskellige udviklingsmønstre i forhold til udgiftsvæksten og årsagerne hertil kan skyldes flere forhold, såsom patientgrupper og honorarstruktur.

For speciale 57 og 65 opsummeres der, at ingen kommuner ønsker, at udvide den ridefysioterapeutiske kapacitet på nuværende tidspunkt. Det konkluderes ligeledes, at der i den forgangne planperiode har været arbejdet på at udjævne kapacitetsfordelingen mellem den jyske og den fynske ridefysioterapeutiske kapacitet. Dette er endnu ikke lykkes. Der foreligger ikke nogen umiddelbar løsning herpå.

Region Syddanmark har det højeste antal indbyggere pr. kapacitet i Danmark. Der opleves dog lave ventetider på ca. en uge for ikke-akutte patienter i Region Syddanmark, at kommunerne generelt oplever en tilstrækkelig fysioterapeutisk kapacitet i Region Syddanmark.

Det forventes, at andelen af ældre borgere (+60 år) vil udgøre en stigende andel af befolkningsgrundlaget i Region Syddanmark fremadrettet.

I et længere perspektiv viser fremskrivelserne, at der vil være behov for yderligere fysioterapeutisk kapacitet på speciale 51. Derfor bør mulighederne for en kapacitetsudvidelse på sigt undersøges nærmere indenfor speciale 51.

Ikrafttrædelsen af overenskomsterne indenfor både almindelig, vederlagsfri og ridefysioterapi pr. 1. januar 2019 medfører et ændret udgangspunkt i forhold til de økonomiske forudsætninger indenfor fysioterapiområdet.

Økonomiprotokollatet reguleres fremadrettet kun via de overenskomstbestemte reguleringsprocenter. I 2019 er procentsatsen sat til 2,8%. I 2020 er procentsatsen 1,6% og i 2012 er procentsatsen 0,0%. Økonomiprotokollatet opreguleres derfor ikke i tilfælde af en stigning i patientantallet eller ved udvidelser af behandlingskapaciteten. Økonomiprotokollaterne medfører derfor nogle forhold, der kan påvirke drøftelserne om eventuelle kapacitetsudvidelser fremadrettet.

2.6 | Selvstændige fysioterapeuter udenfor overenskomsten

Praksisplanen beskriver fysioterapeuter, som arbejder under overenskomst mellem DF og Danske Regioner. Det findes dog relevant at beskrive, at der også findes fysioterapeutisk praksis udenfor overenskomsten.

Danske Fysioterapeuter har medio 2014 217 privatpraktiserende fysioterapeuter registreret i Region Syddanmark. Tallet er givet højere, da der vil være privatpraktiserende fysioterapeuter udenfor overenskomsten, som ikke har medlemskab i Danske Fysioterapeuter.

Der er ikke lavet egentlige undersøgelser på antal og årsager.

3 | Udviklingsområder

3.1 | Kapacitet

Set i lyset af ovenstående udfordringer i forhold til den fysioterapeutiske behandlingskapacitet, vil Region Syddanmark i planperioden undersøge mulighederne for at iværksætte en plan for den fremtidige kapacitetssammensætning på speciale 51.

Det skal samtidig bemærkes, at fysioterapiområdet er et økonomisk/produktionsmæssigt reguleret område, idet der kræves visitation gennem en henvisning fra en behandlende læge. Endvidere er økonomiudviklingen styret gennem landsdækkende økonomiprotokollater, der sikrer en økonomisk udvikling inden for aftalte rammer. Endelig er der i forhold til den almindelige fysioterapi tale om egenbetaling fra patienterne, hvilket også må forventes at regulere efterspørgslen.

I lyset af denne regulering kan det overvejes, hvorvidt der er behov for den tætte kapacitetsregulering, som den kendes i dag, eller om man f.eks. skal lade intern konkurrence i større grad afgøre, hvilke klinikker der har udviklingsmulighederne, så længe regionen får sikkerhed for, at der leveres behandling af den rigtige kvalitet, at der sker den nødvendige samordning, og at der er en tilstrækkelig tilgængelighed til fysioterapipraksis.

Region Syddanmark har allerede i det små taget hul på en udvikling i retning af friere nedsættelsesmuligheder, idet man på to andre overenskomstområder (kiropraktik og fodterapi) i dag arbejder med såkaldte "åbne" og "lukkede" områder, hvor der enten er fri nedsættelsesmulighed, eller hvor den er reguleret.

Region Syddanmark vil i planperioden i samarbejde med kommuner og fysioterapeuter arbejde med udvikling af forsøg, der skal smidiggøre kapacitetsstyringen under forudsætning af, at de nødvendige rammer for styring af økonomien er til stede.

For speciale 62 opsummeres det, at der pt. ikke er ønsker om en udvidelse af kapaciteten fra kommunal side. Ligeledes opsummeres det, at økonomiprotokollatet i overenskomsten af 1. januar 2019 kan give anledning til at anskue og vurdere kapaciteten med en mere lempelig tilgang i planperioden, hviklet kan ændre forholdene ift. nedsættelse af nye praksis.

For speciale 57 og 65 opsummeres der, at ingen kommuner ønsker, at udvide den ridefysioterapeutiske kapacitet på nuværende tidspunkt. Det konkluderes ligeledes, at der i den forgangne planperiode har været arbejdet på at udjævne kapacitetsfordelingen mellem den jyske og den fynske ridefysioterapeutiske kapacitet. Dette er endnu ikke lykkes. Der foreligger ikke nogen umiddelbar løsning herpå.

3.2 | Samordning

I protokollat til overenskomsten vedrørende vederlagsfri fysioterapi er parterne enige om, at regionerne og kommunerne har til opgave at:

- arbejde for at præcisere og optimere kommunikation mellem sundhedssektorerne,
- formidle viden om ændrede eller nye behandlingsregimer og -strategier fra sygehusafdelinger til praksissektoren samt udvikle mulighederne for erfaringsudveksling og gensidig faglig sparring,
- fremme, at der etableres en dialog på kommuneniveau med de praktiserende fysioterapeuter om indholdet og omfanget af de fysioterapeutiske tilbud set i forhold til behovet for kapacitet og valgmuligheder, jf. praksisplanen,
- fremme samarbejde og koordination mellem praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger samt relevante samarbejdspartnere i øvrigt,
- indsamle og vedligeholde information og viden om tilbuddet hos de praktiserende fysioterapeuter i regionen, blandt andet om adgangsforhold, klinikudstyr og tilbud til patienter med specielle behand-lingsbehov og formidle denne viden til relevante dele af den øvrige sundhedssektor samt til borge-ne,
- fremme og understøtte kvalitetsudviklingsprojekter, herunder tværgående projekter,
- opbygge og vedligeholde løbende tværsektoriel kommunikation eksempelvis i form af informations-møder og skriftlig information i nye faglige tiltag, og
- fremme mulighederne for forskning vedrørende fysioterapi, herunder forskning der går på tværs af sektorgrænserne.

Samordningsprojektet, som Region Syddanmark gennemførte i perioden 2013 til 2015 i samarbejde med 6 kommuner og de praktiserende fysioterapeuter i kommunerne, underbyggede også behov for konkrete initiativer til sikring af en fælles behandlingsindsats mellem kommunen og den enkelte praktiserende fysioterapeut for at undgå dobbeltbehandling, manglende prioritering og skabe sammenhæng i behandlingen i såvel fysioterapipraksis som i den kommunale indsats.

Med afsæt i protokollatet og erfaringerne fra samordningsprojektet vurderes der fortsat at være behov for at fokusere på samordning af indsatsen i forhold til den enkelte patient. Dette kan bl.a. ske gennem en kortlægning af de enkelte kommuners og praktiserende fysioterapeuters behandlingsmæssige ressourcer, kapacitet og kompetencer og opnå en konsensus omkring hvad, der har højst prioritet og hvilke relevante behandlingstilbud er bedst for det optimale patientforløb.

Endvidere har den praktiserende læge en vigtigt rolle i forhold til visitering af patienterne og i forbindelse med den fortsatte vurdering af patientens sygdomsmæssige status og udvikling.

Den praktiserende læge er samtidig omdrejningspunktet i forhold patientens øvrige helbredsmæssige forhold og i forhold til patientens færd i den øvrige del at sundhedsvæsenet.

Det er derfor vigtigt, at der fortsat arbejdes for at inddrage de praktiserende læger yderligere til den tværgående indsat indsats i forhold til patienten.

Der arbejdes pt. med et projekt, hvor praktiserende fysioterapeuter inddrages i almen praktiserende lægers diagnosticering af lidelser i bevægeapparatet.

3.3 | Kvalitet

Undersøgelse og behandling i fysioterapipraksis baseres på en faglighed, der udspringer af fysioterapeutens uddannelsesmæssige baggrund og erfaring, evidens, "best practice" og anden faglig konsensus, således at man så vidt muligt kan få en standardiseret tilgang til at afdække patientens problem, der kan munde ud i en konkret handleplan.

Sundhedsstyrelsen udarbejder i disse år et antal kliniske retningslinjer, og en del af disse har/vil få betydning for behandling i fysioterapipraksis.

Det må forventes, at der i planperioden skal implementeres andre patientforløbsprogrammer. Endvidere kan der som konsekvens af de kliniske retningslinjer f.eks. ske en opgaveflytning fra sekundærsektoren til primærsektoren, således som man har set det i forhold til behandlingen af knæartrose jf. punkt 2.6.4. og standardiseret uddannelses- og træningsforløb for knæartrosepatienter.

Det blev i forbindelse med den seneste overenskomst fra 2014 aftalt at udvikle Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for fysioterapipraksis.

I en tid med stadig mere fokus på kvalitet, samordning og patientsikkerhed er det nødvendigt at fokusere på de konkrete redskaber, som den enkelte praktiserende fysioterapeut anvender, og udvikle brugen af disse i takt med den løbende udvikling. Der tænkes i den forbindelse på anvendelsen af henvisninger, journalføring, korrespondancer, status- og undtagelsesredegørelser samt epikriser, der alle har til formål at hjælpe fysioterapeuten med at holde styr på og give dem mulighed for at dele kliniske observationer samt at dokumentere den fysioterapeutiske indsats. Anvendelse af it er en vigtig parameter i denne sammenhæng. Se afsnittet om it, 2.6.5.

De lokale praksiskonsulenter er en væsentlig bidragsyder til det regionale kvalitetsarbejde med bl.a. udmøntning af kliniske retningslinjer, etablering af samordningsprojekter og indarbejdelse af den nationale kvalitetsmodel, og det forventes at praksiskonsulenterne også i planperioden bidrager til løsning af disse opgaver.

3.4 | It

Praktiserende fysioterapeuters brug af it og de anvendelsesmuligheder der følger heraf, sker med kommerciel baggrund gennem it-leverandører og de kæder, der eksisterer på området. Det er ligeledes igennem disse aktører, at området it-mæssigt udvikler sig, mens kommunikationsstandarderne sikres af MEDCOM.

I takt med det øgede fokus på samordning og samarbejde omkring patienterne stilles der øgede krav til kommunikationen mellem de forskellige parter omkring den enkelte patient. Det gælder f.eks. i forhold til kommunerne og deres indsats, til samarbejdet med praktiserende læge og til andre behandlergrupper, således at disse informationer kan indgå i forhold til en helhedsrettet indsats.

It skal understøtte dette formål, og regionen skal medvirke til at sikre kvaliteten i de kommunikationsmeddelelser, der er nødvendige for en forbedret informationsudveksling mellem de forskellige instanser til gavn for en samordning i arbejdet omkring den enkelte patient.

Endvidere har Region Syddanmark været med til at udvikle FysDB, der er en database udviklet med det formål at indsamle og monitorere data fra praktiserende fysioterapeuter, der deltager i ordningen omkring hurtig udregning af lænderygsmerter (ULRUS). I takt med udbredelsen af nye kliniske retningslinjer udvides databasens virkeområder, seneste i 2016, og regionen finder det væsentligt, at der sikres en fortsat indsamling af data i kvalitetssikringsøjemed.

Indenfor andre overenskomstområder er udviklingsarbejdet omkring telemedicinske tiltag påbegyndt. Det forventes, at mulighederne for understøttelse og udvikling af telemedicinske løsninger undersøges i planperioden.

4 | Handleplan

Dette afsnit vil præsentere konkrete handleplaner for den kommende planperiode med baggrund i konklusionerne fra kapitel 4.

Det fysioterapeutiske kapacitetsområde

Foreløbigt anses den nuværende fysioterapeutiske kapacitet som tilstrækkeligt af kommunerne.

Såfremt, at behovet for yderligere kapacitet skulle opstå, vil en eventuel udmøntning af yderligere ydernumre, bero på en konkret vurdering og ske i enighed mellem kommunerne i regionen og Region Syddanmark.

På baggrund af den befolknings- og kapacitetsudvikling, der kan forventes i fremtiden i Region Syddanmark, vil mulighederne for at imødekomme fremtidige kapacitetsbehov på speciale 51 blive undersøgt.

Resultaterne af undersøgelsen for imødekommelse af kapacitetsbehovet på speciale 51 vil kunne benyttes i fremtidige praksisplaner.

Med baggrund i erfaringerne fra fodterapi og kiropraktorområdet skal der foretagets en nærmere vurdering af mulighederne for mere fleksible nedsætningsmuligheder og eventuelt gennem konkrete forsøgsordninger, indhente erfaringer i forhold til dette.

Erfaringerne kan danne grundlag for en tilbagemelding til overenskomstens parter med henblik på de kommende overenskomstforhandlinger.

Samordning og tværfaglig indsats

For at udvikle tværfagligt samarbejde, forskning og kommunikation skal der i den kommende planperiode ske en afdækning af behovet for særlige indsatsområder ift. samordningsindsatsten mellem de praktiserende læger, og fysioterapeuter, med henblik på at skulle danne grund for en yderligere konkret samordning i forhold til de nævnte parter.

Ovenstående afdækning af samordningsindsatsten skal danne grundlag for en yderligere indsats for samordning mellem praktiserende læger og fysioterapeuter.
Dette har særlig betydning for den vederlagsfrie fysioterapi.

Kvalitetstiltag

Tests, patientinddragelse og implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer er de primære tiltag indenfor kvalitetsområdet i den kommende planperiode.

Der skal i den kommende planperiode arbejdes med testforsøg, hvor test kan danne grundlag for nye målopfyldelser og forventningsafstemning.

Det forventes, at der i planperioden skal implementeres yderligere patientforløbsprogrammer mv. på baggrund af Nationale Kliniske Retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen indenfor det fysioterapeutiske område i Region Syddanmark.

Der skal i planperioden arbejdes konkret med videreudviklingen af kvalitetsforbedrende initiativer, såsom patienttilfredshedsundersøgelser og elektronisk information til patienten, forud for behandlingsforløb i en fysioterapipraksis.

It-anvendelse og datamuligheder

It-udviklingen i fysioterapipraksis er som nævnt primært forankret i de eksisterende systemhuse. Regionen og kommunen indgår i de it mæssige sammenhænge, der har relevans i forhold til udviklingen af projekter på kvalitetsområdet.

- Projektbeskrivelse Monitoreringsprojekt
- Notat fra samordningsprojekt

5.1.1 | Kort og fakta over kommunerne

Regionen er i praksisplanen opdelt i 22 planlægningsområder svarende til de 22 kommuner i regionen.

I det følgende gennemgås hvert af planlægningsområderne med henblik på en vurdering af området og praksisstrukturen fremadrettet. Under sidste punkt ved hvert planlægningsområde præsenteres praksisplanens anbefalinger vedrørende den fremtidige struktur. Disse vurderinger og anbefalinger vil bl.a. tjene som et værktøj i planlægningsperioden, f.eks. ved ansøgninger fra praksis om flytning af praksis.

Der gøres opmærksom på, at data stammer fra yderregisteret pr. oktober 2017. Kapacitet og praksisstruktur i de enkelte planlægningsområder kan således have ændret sig siden.

5.2 | Assens kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 11,49 kapaciteter
Antal ydernumre: 25
Antal ydernumre u. 30 timer: 24
Antal ydernumre o. 30 timer: 1

I Assens Kommune er der i perioden fra 2014-2016 sket en stigning i antallet af afregnede ydelser på 11,2% i perioden 2013-2015 for speciale 51. Indenfor speciale 62 er antallet patienter steget med 3,1%.

I Assens Kommune blev der i 2016 afregnet for 3,8 mio. kr. under speciale 51 i 2015 og 8,7 mio. kr. under speciale 62.

Der blev samlet afregnet for 13,0 mio. kr. under de tre fysioterapeutiske speciale i 2015 i kommunen.
Dette er en stigning på 14,9% fra 2014-2016.

Årsagerne til udgiftsstigningen på de fysioterapeutiske specialer skyldes primært et stigning i individuelle behandlinger på speciale 51 og en stigning i antallet af afregnede holdtræningsydelser og afstandstillæg under speciale 62.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har/har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Der tilbydes/tilbydes ikke bassintræning i kommunalt regi, og der er/er ikke bassinfaciliteter til rådighed for praktiserende fysioterapeuter.

Der er/er ikke etableret samarbejdsforum med de praktiserende fysioterapeuter i kommunen.

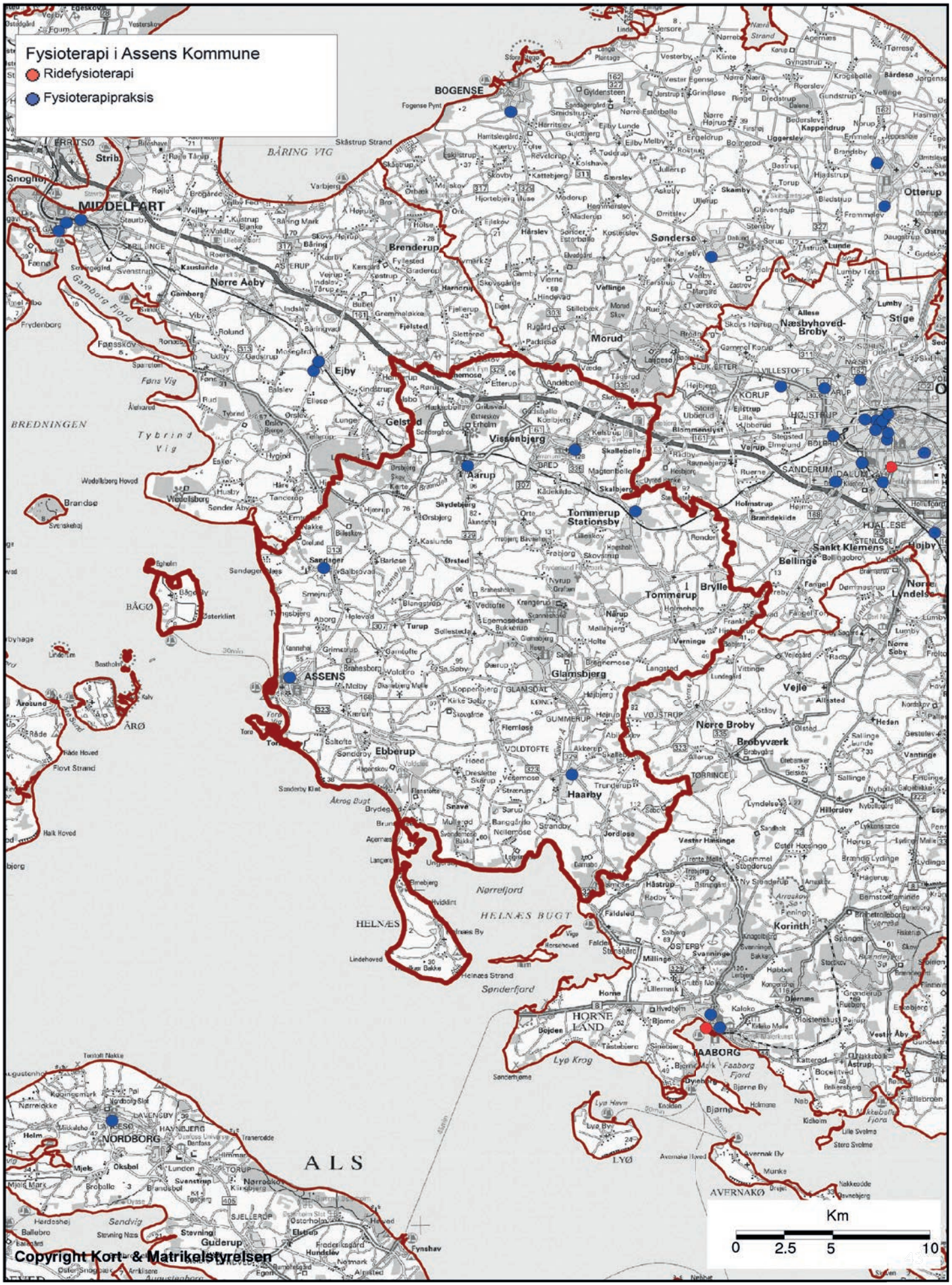
Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	952 kr.	876 kr.	76 kr.
Udgift pr. patient (62)	13.295 kr.	12.145 kr.	1.150 kr.
Udgift pr. patient (65)	13.903 kr.	13.196	707 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Assens	40.769	39.947	40.227
Borgere pr. kapacitet	3.548	3.477	3.501

Assens


Fysioterapi i Assens Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
BOGENSE
MIDDELFART
Brenderup
Nørre Aaby
Ejby
Gelsted
Vissenbjerg
Aarup
Tommerup Stationsby
Tommerup
Bryle
Glamsbjerg
ASSENS
Ebberup
Haarby
Nørre Broby
Brobyværk
Vejle
Bellinge
Sankt Klemens
Næsbyhoved-Broby
Stige
Otterup
Sønderso
Morud
Korup
Højstrup
Sanderum
Dalum
Korinth
HORNELAND
FAABORG
NØRDBORG
ALS
BÅRING VIG
BREDNINGEN
Tybrind Vig
Føns Vig
Gamborg Fjord
Nørrefjord
HELNÆS BUGT
Sønderfjord
Akrog Bugt
Lyø Krog
Faaborg Fjord
Sandvig
BÅGØ
ÆRØ
LYØ
AVERNAKØ
HELNÆS
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Billund

5.3 | Billund Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 5,5
Antal ydernumre: 10
Antal ydernumre u. 30 timer: 8
Antal ydernumre o. 30 timer: 2

I Billund Kommune er der i perioden fra 2014-2016 sket en stigning i antallet af afregnede ydelser på 6,1% i perioden 2014-2016 for speciale 51. Indenfor speciale 62 er antallet patienter steget med 10,4%.

I Billund Kommune blev der i 2016 afregnet for 1,8 mio. kr. under speciale 51 i 2016 og 3,4 mio. kr. under speciale 62.

Der blev samlet afregnet for 6,1 mio. kr. under de tre fysioterapeutiske speciale i 2016 i kommunen.
Dette er en stigning på 11,5% fra 2014-2016.

Årsagerne til udgiftstigningen på de fysioterapeutiske specialer skyldes primært et stigning i individuelle behandlinger og afstandstillæg på speciale 51 og en stigning i antallet af afregnede ydelser til individuel behandling og afstandstillæg under speciale 62.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har/har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Der tilbydes/tilbydes ikke bassintræning i kommunalt regi, og der er/er ikke bassinfaciliteter til rådighed for praktiserende fysioterapeuter.

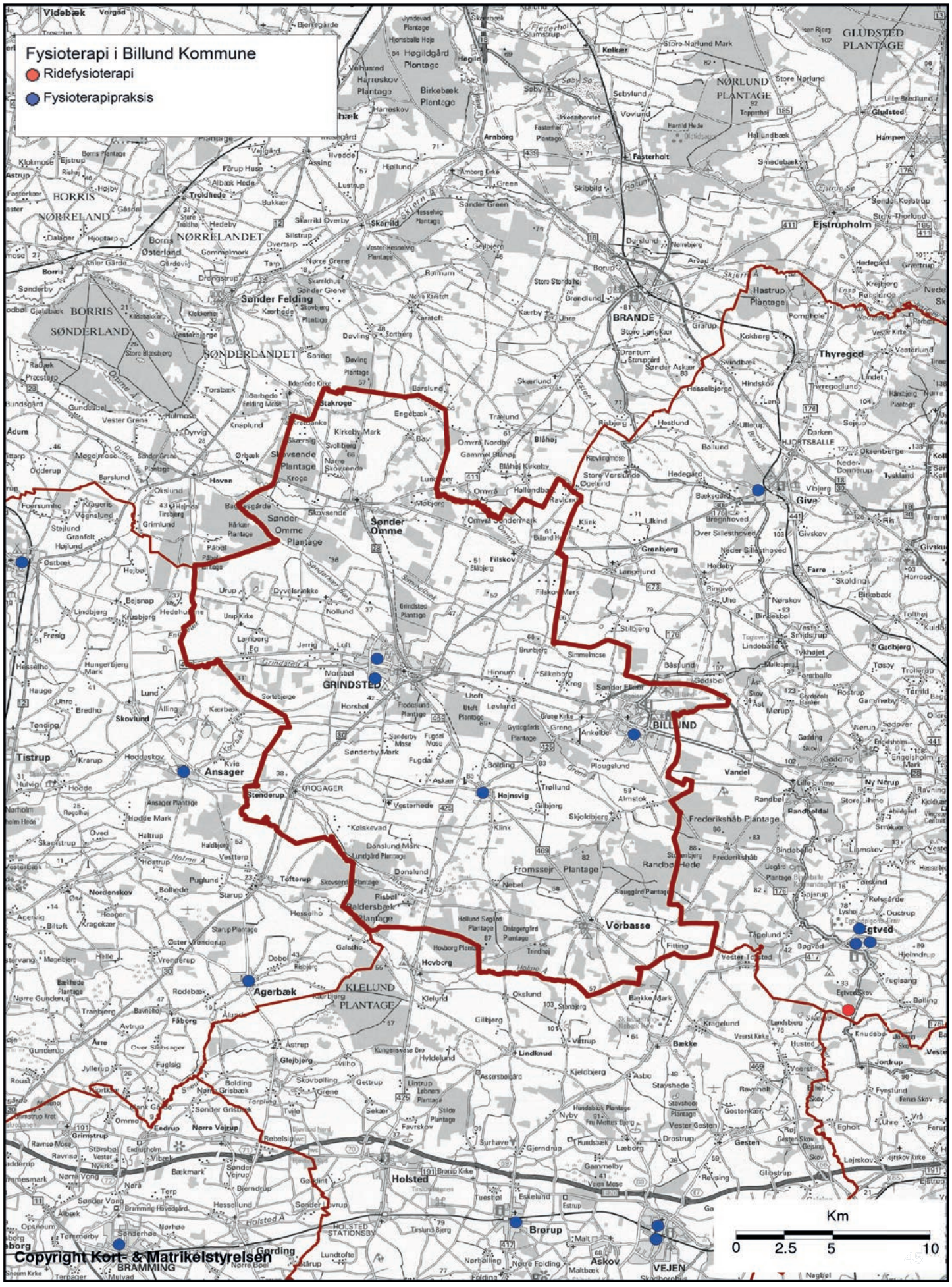
Der er etableret to årlige møder mellem de praktiserende fysioterapeuter og kommunen.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	891 kr.	876 kr.	15 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.656 kr.	12.145 kr.	-490 kr.
Udgift pr. patient (65)	18.946 kr.	11.656 kr.	5.750 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Billund	26.277	26.708	27.370
Borgere pr. kapacitet	4.778	4.856	4.976


Fysioterapi i Billund Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Esbjerg

5.4 | Esbjerg Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 21 kapaciteter
Antal ydernumre: 35
Antal ydernumre u. 30 timer: 28
Antal ydernumre o. 30 timer: 7

I Esbjerg Kommune er der i perioden fra 2014-2016 sket en stigning i antallet af afregnede ydelser på 5,3% i perioden 2014-2016 for speciale 51. Indenfor speciale 62 er antallet patienter steget med 7,6%.

I Esbjerg Kommune blev der i 2016 afregnet for 8,9 mio. kr. under speciale 51 i 2015 og 17,4 mio. kr. under speciale 62.

Der blev samlet afregnet for 28,9 mio. kr. under de tre fysioterapeutiske speciale i 2015 i kommunen. Dette er en stigning på 8,1% fra 2014-2016.

Årsagerne til udgiftstigningen på de fysioterapeutiske specialer skyldes primært et stigning i individuelle behandlinger, holdtræning og afstandstillæg på speciale 51 og en stigning i antallet af afregnede ydelser til holdtræning under speciale 62.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

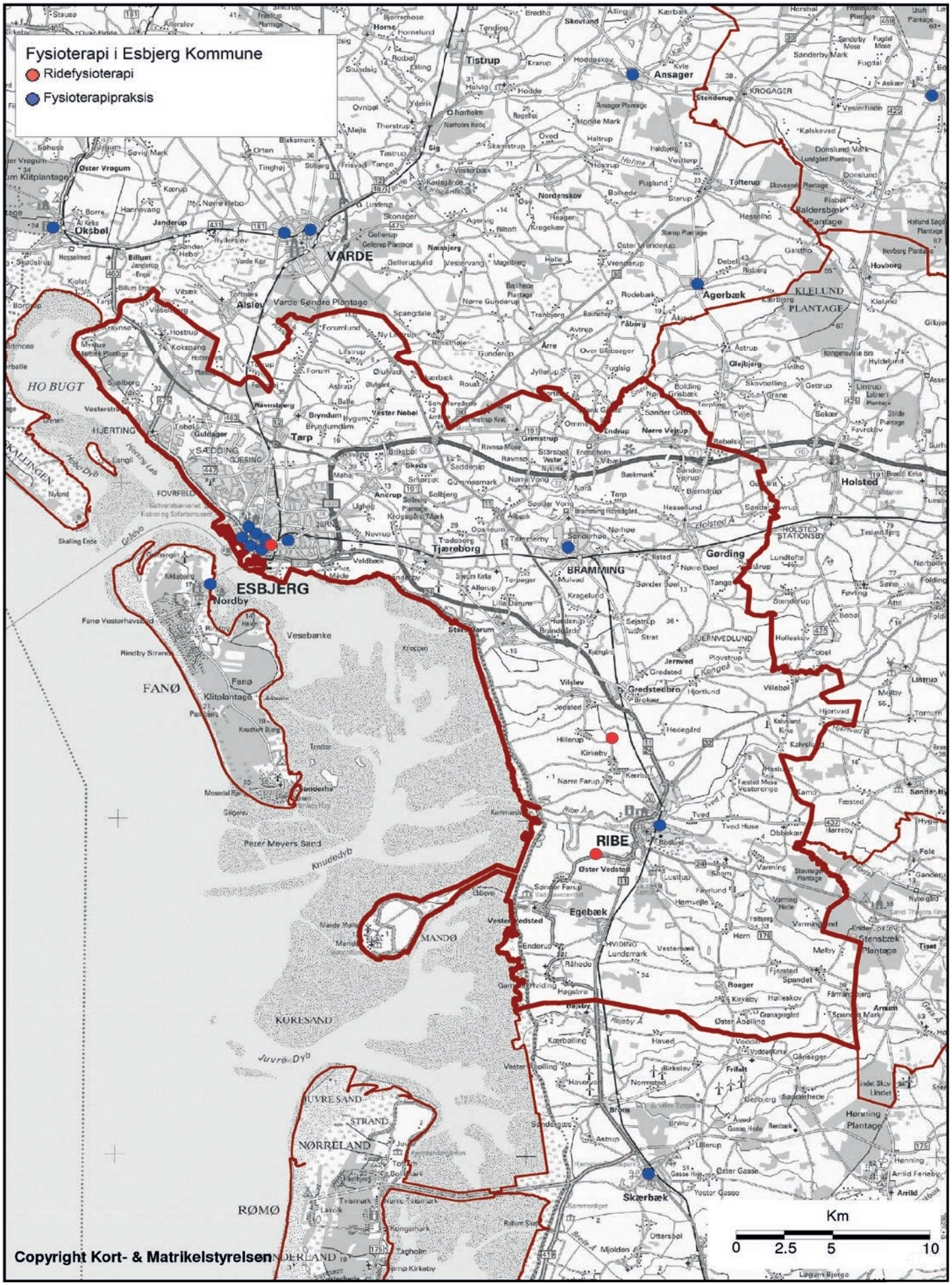
Der arrangeres to årlige møder mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	894 kr.	876 kr.	18 kr.
Udgift pr. patient (62)	12.655 kr.	12.145 kr.	510 kr.
Udgift pr. patient (65)	17.014 kr.	13.196 kr.	3.818 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Esbjerg	115.736	118.876	121.036
Borgere pr. kapacitet	6.091	6.257	6.370


Fysioterapi i Esbjerg Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
VARDE
ESBJERG
RIBE
Ansager
Agerbæk
Skærbæk
Holsted
BRAMMING
Tjæreborg
Tarp
Oksbøl
Nordby
FANØ
MANDØ
RØMØ
HO BUGT
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

5.5 | Fanø Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 1 kapacitet
Antal ydernumre: 1
Antal ydernumre u. 30 timer: 0
Antal ydernumre o. 30 timer: 1

I Fanø Kommune er der i perioden fra 2014-2016 sket et fald i antallet af afregnede ydelser på -17,3% i perioden 2014-2016 for speciale 51. Indenfor speciale 62 er antallet patienter faldet med 2 patient fra 25 til 23 i perioden.

I Fanø Kommune blev der i 2016 afregnet for ca. 188.000 kr. under speciale 51 i 2016 og ca. 253.000 kr. under speciale 62.

Der blev samlet afregnet for ca. 441.000. kr. under de tre fysioterapeutiske speciale i 2016 i kommunen. Dette er faldt på 2,8% fra 2014-2016.

Årsagerne til udgiftstigningen på de fysioterapeutiske specialer skyldes primært en stigning i honoraret for første kon sultationsydelserne. Samtidig er der dog sket et fald i antallet afregnede ydelser under speciale 51 i perioden fra 2013-2015, hvilket medfører at stigningen i den økonomiske aktivitet er på 0,1% for perioden.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på voksen- og ældreområdet. Dette omhandler kommunalt tilbud om almindelig holdtræning for borgere, som har fået en henvisning til vederlagsfri fysioterapi.

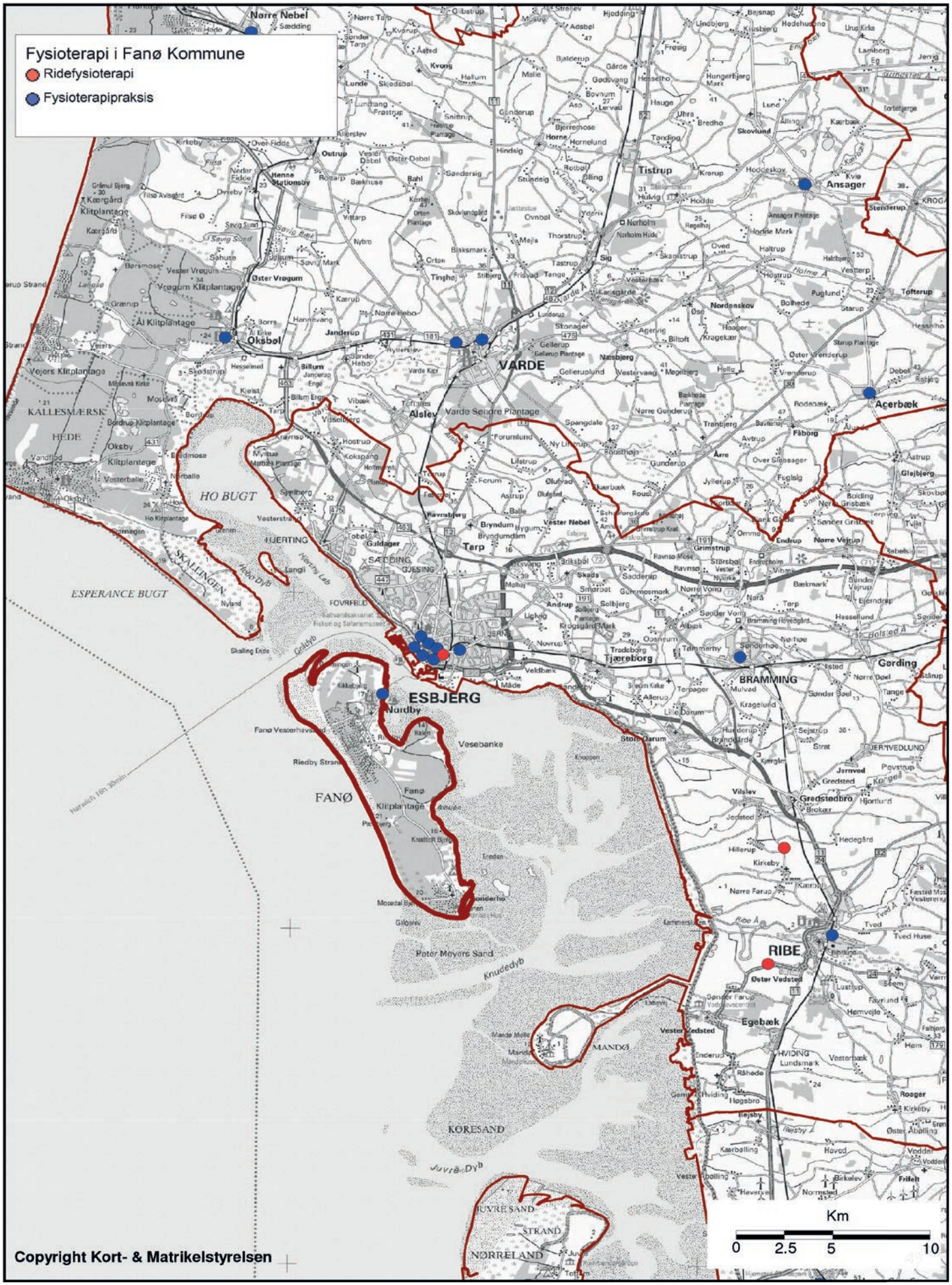
Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	1.028 kr.	876 kr.	152 kr.
Udgift pr. patient (62)	10.287 kr.	12.145 kr.	-1.858 kr.
Udgift pr. patient (65)	0 kr.	13.200 kr.	-

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Fanø	3.267	3.386	3.494
Borgere pr. kapacitet	3.267	3.386	3.494


Fysioterapi i Fanø Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Fredericia

5.6 | Fredericia Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 7,5 kapacitet
Antal ydernumre: 10
Antal ydernumre u. 30 timer: 6
Antal ydernumre o. 30 timer: 4

I Fredericia Kommune er der i perioden fra 2014-2016 sket et fald i antallet af afregnede ydelser på 4,6% i perioden 2014-2016 for speciale 51. Indenfor speciale 62 er antallet patienter steget med 0,5% perioden.

I Fredericia Kommune blev der i 2016 afregnet for 2,7 mio. kr. under speciale 51 i 2016 og ca. 6,3 mio. kr. under speciale 62.

I 2016 blev der afregnet ca. 1,3 mio. kr. til ridefysioterapeutiske ydelser i kommunen.

Der blev samlet afregnet for ca. 10,4 mio. kr. under de tre fysioterapeutiske speciale i 2015 i kommunen. Dette er en stigning på 5,4% fra 2014-2016.

Den primære udgiftskilde i Fredericia Kommune er til individuel behandling under speciale 51 og 62. Derudover har der været en stigning på 26% i afregningen af vederlagsfrie holdtræningsydelser, under speciale 62. Dermed har Fredericia Kommunes udgifter været forholdsvist stabile til fysioterapi over peri-oden 2014-2016 til trods for nedgangen i patientantallet.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på voksen- og ældreområdet. Tilbuddet er rettet mod borgere med en neurologisk lidelse.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

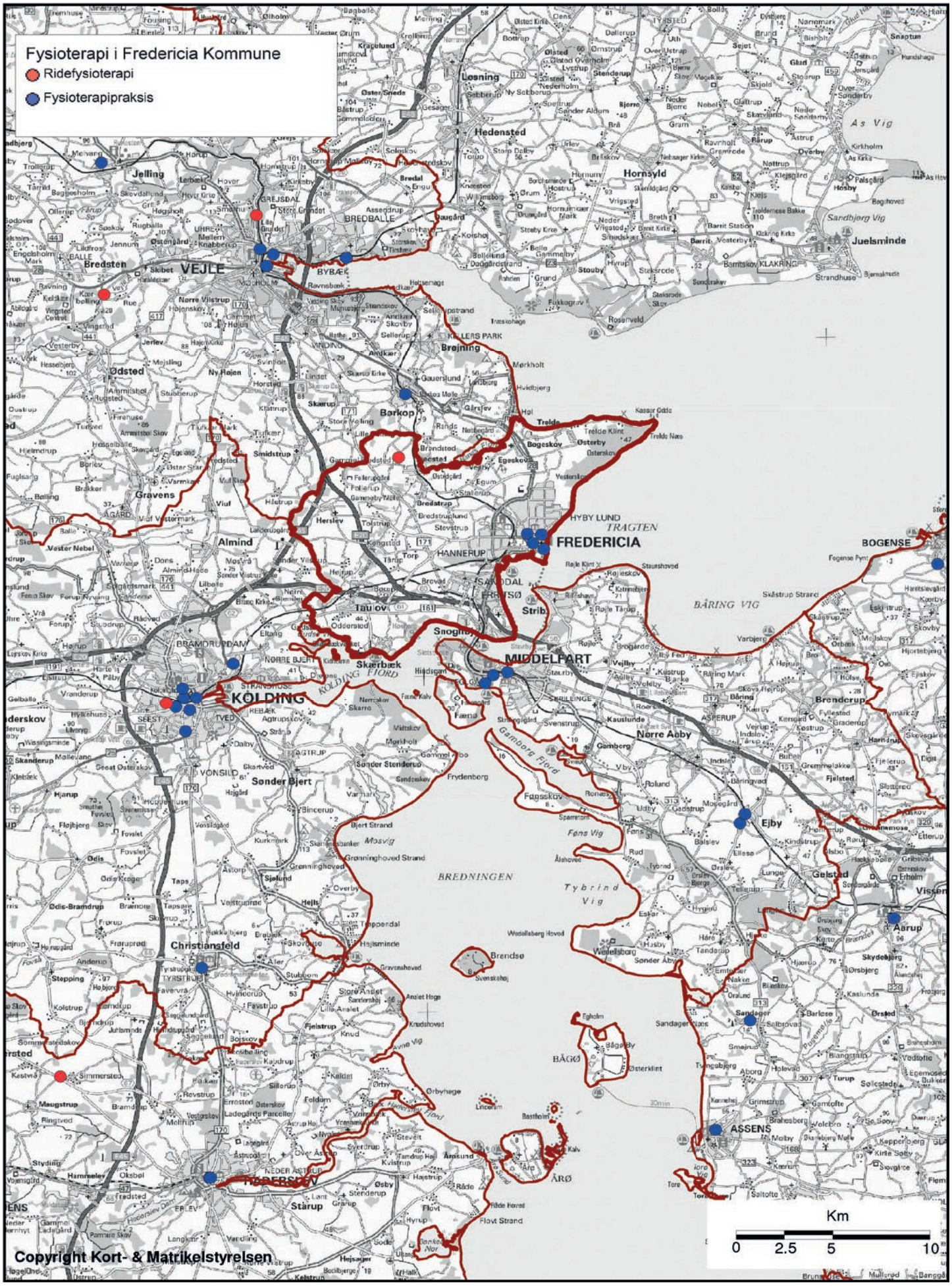
Der afholdes halvårlige møder med de praktiserende fysioterapeuter.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	923 kr.	876 kr.	47 kr.
Udgift pr. patient (62)	10.659 kr.	12.145 kr.	-1.486 kr.
Udgift pr. patient (65)	18.179 kr.	13.196 kr.	4.979 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Fredericia	50.545	51.720	52.802
Borgere pr. kapacitet	6.318	6.465	6.600


Fysioterapi i Fredericia Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Faaborg-Midtfyn

5.7 | Faaborg-Midtfyn Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 7,5 kapacitet
Antal ydernumre: 14
Antal ydernumre u. 30 timer: 12
Antal ydernumre o. 30 timer: 2

I Faaborg-Midtfyn Kommune er der i perioden fra 2014-2016 sket en stigning i antallet af afregnede ydelser på 10,1% i perioden 2014-2016 for speciale 51. Indenfor speciale 62 er antallet patienter steget med 9,0% perioden.

I Faaborg-Midtfyn Kommune blev der i 2016 afregnet for 3,5 mio. kr. under speciale 51 i 2016 og ca. 7,2 mio. kr. under speciale 62.

I 2016 blev der afregnet ca. 829.000 kr. til ridefysioterapeutiske ydelser i kommunen.

Der blev samlet afregnet for ca. 12,0 mio. kr. under de tre fysioterapeutiske speciale i 2016 i kommunen. Dette er en stigning på 6,1% fra 2014-2016.

Den primære årsag til udgiftsstigningen i Faaborg-Midtfyn Kommune er et stigende antal ydelser indenfor individuel behandling, samt at honoraret for en første konsultation er steget i perioden. Derudover kan en del af udgiftsstigningen tilskrives en markant fremgang i antallet af afregnede holdtræningsydelser.

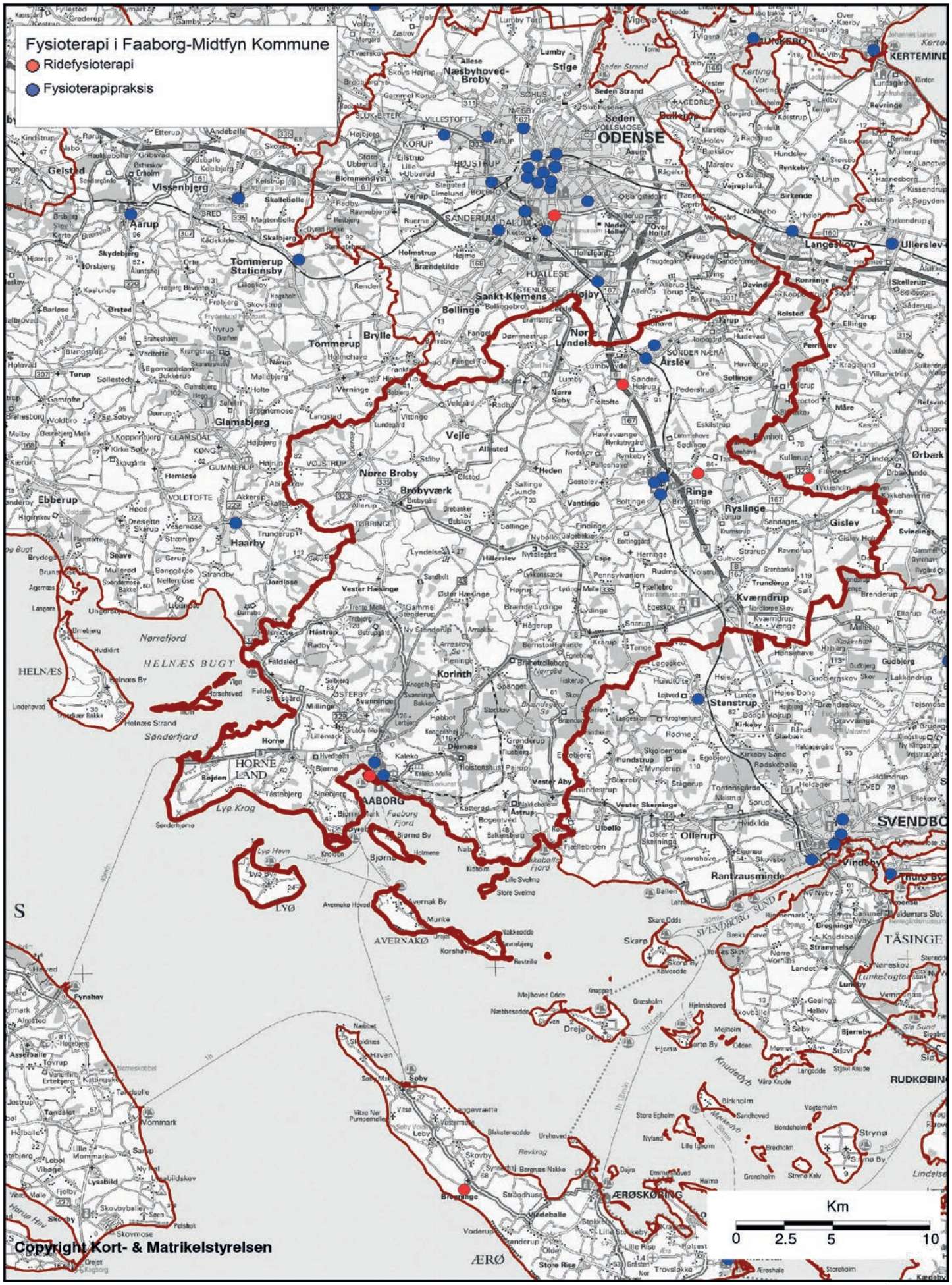
Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke angivet svar herom.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	883 kr.	876 kr.	7 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.369 kr.	12.145 kr.	-777 kr.
Udgift pr. patient (65)	16.076 kr.	13.200 kr.	2.875 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Faaborg-Midtfyn	50.623	49.807	50.064
Borgere pr. kapacitet	6.750	6.641	6.675


Fysioterapi i Faaborg-Midtfyn Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Haderslev

5.8 | Haderslev Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 11,5 kapacitet
Antal ydernumre: 15
Antal ydernumre u. 30 timer: 7
Antal ydernumre o. 30 timer: 8

I Haderslev Kommune er der er i perioden fra 2014-2016 sket en mindre stigning i antallet af ydelser på speciale 51. I perioden er antallet af ydelser steget med 1,1%. Udgifterne i Haderslev Kommune på speciale 51 er steget med 2,9% i samme periode og udgjorde i 2016 ca. 2,6 mio. kr. på speciale 51.

På speciale 62 et fald i antallet af ydelser i perioden 2014-2016, mens udgifterne er steget med ca. 4%. I 2016 udgjorde udgifterne til speciale 62 ca. 7,7 mio. kr.

Udgifterne til ridefysioterapi i Haderslev Kommune udgjorde i 2016 ca. 1,4 mio. kr.

Årsagen til stigningen i udgifter på speciale 62 kan primært findes i antallet af afregnede holdtrænings-ydelser.

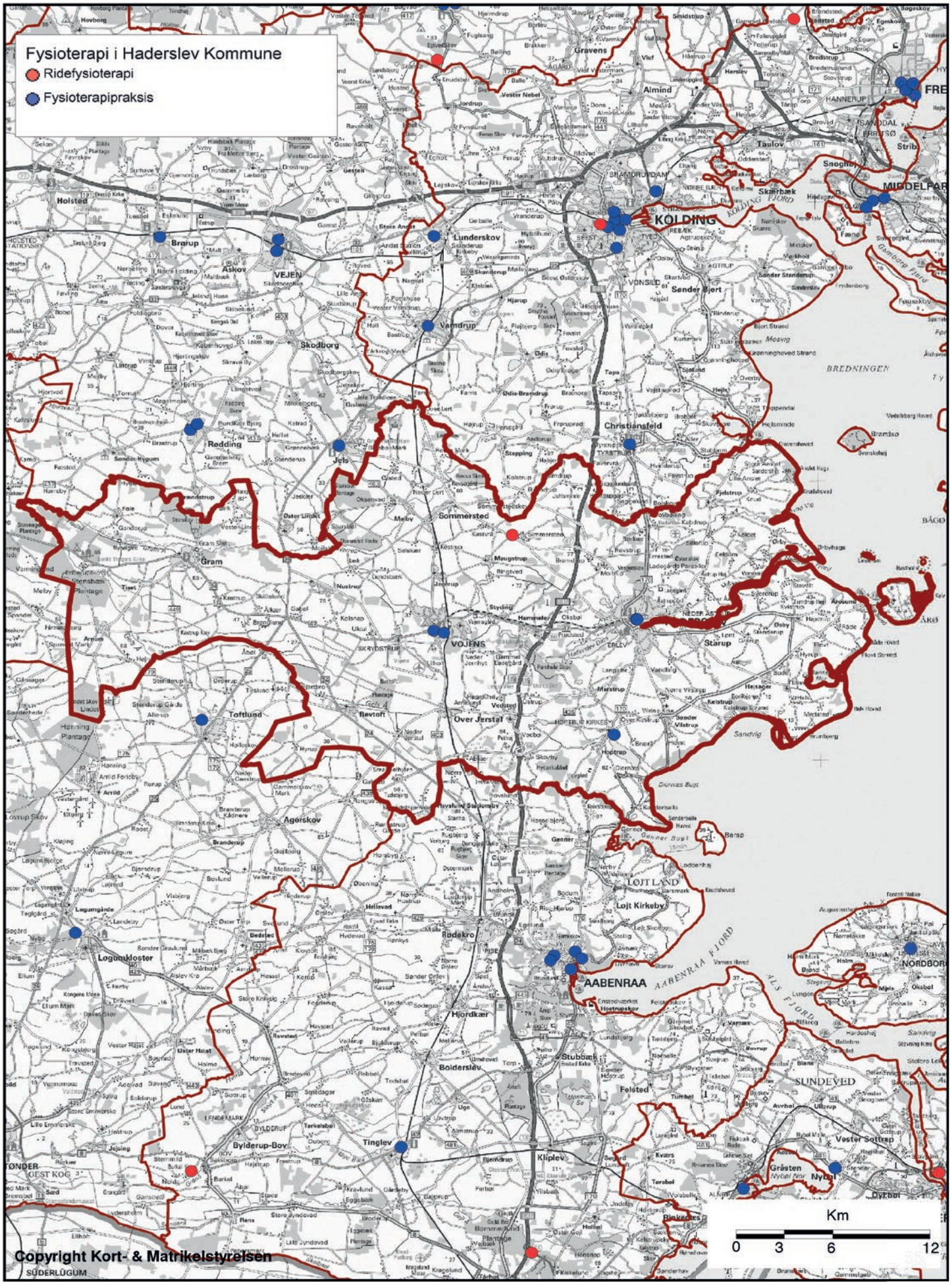
Kommunal fysioterapi
Kommunen tilbyder vederlagsfri fysioterapi til borgere på plejecentre i Haderslev kommune. Der er ligeledes et tilbud om vederlagsfri fysioterapi til børn.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	846 kr.	876 kr.	-30 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.574 kr.	12.145 kr.	-571 kr.
Udgift pr. patient (65)	16.483 kr.	13.200 kr.	3.284 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Haderslev	55.829	56.049	56.607
Borgere pr. kapaci-tet	4.855	4.874	4.922


Fysioterapi i Haderslev Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
KOLDING
VEJEN
Vejle
Fredericia
Middelfart
Christiansfeld
Sommersted
Gram
Tofthund
Agerskov
Rødekro
AABENRAA
Hjordkær
Bolderslev
Tinglev
Kliplev
Felsted
Lojt Kirkeby
Starup
Over Jerstal
Vojens
Jels
Rødding
Skodborg
Vamdrup
Lunderskov
Askov
Brørup
Holsted
Logumkloster
Legumgårde
Bylderup-Bov
Grråsten
Km
0
3
6
12
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Kerteminde

5.9 | Kerteminde Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 5,99 kapaciteter
Antal ydernumre: 15
Antal ydernumre u. 30 timer: 14
Antal ydernumre o. 30 timer: 1

I Kerteminde Kommune er der i perioden fra 2014-2016 sket en stigning i antallet af afregnede ydelser på 5,8% i perioden 2014-2016 for speciale 51. Indenfor speciale 62 er antallet patienter steget med 8,8%.

I Kerteminde Kommune blev der i 2016 afregnet for 1,8 mio. kr. under speciale 51 i 2016 og 3,8 mio. kr. under speciale 62.

Der blev samlet afregnet for 5,7 mio. kr. under de tre fysioterapeutiske speciale i 2016 i kommunen.

Årsagerne til udgiftsstigningen på de fysioterapeutiske specialer skyldes primært et stigning i individuelle behandlinger på speciale 51 og en stigning i antallet af afregnede holdtræningsydelser under speciale 62.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

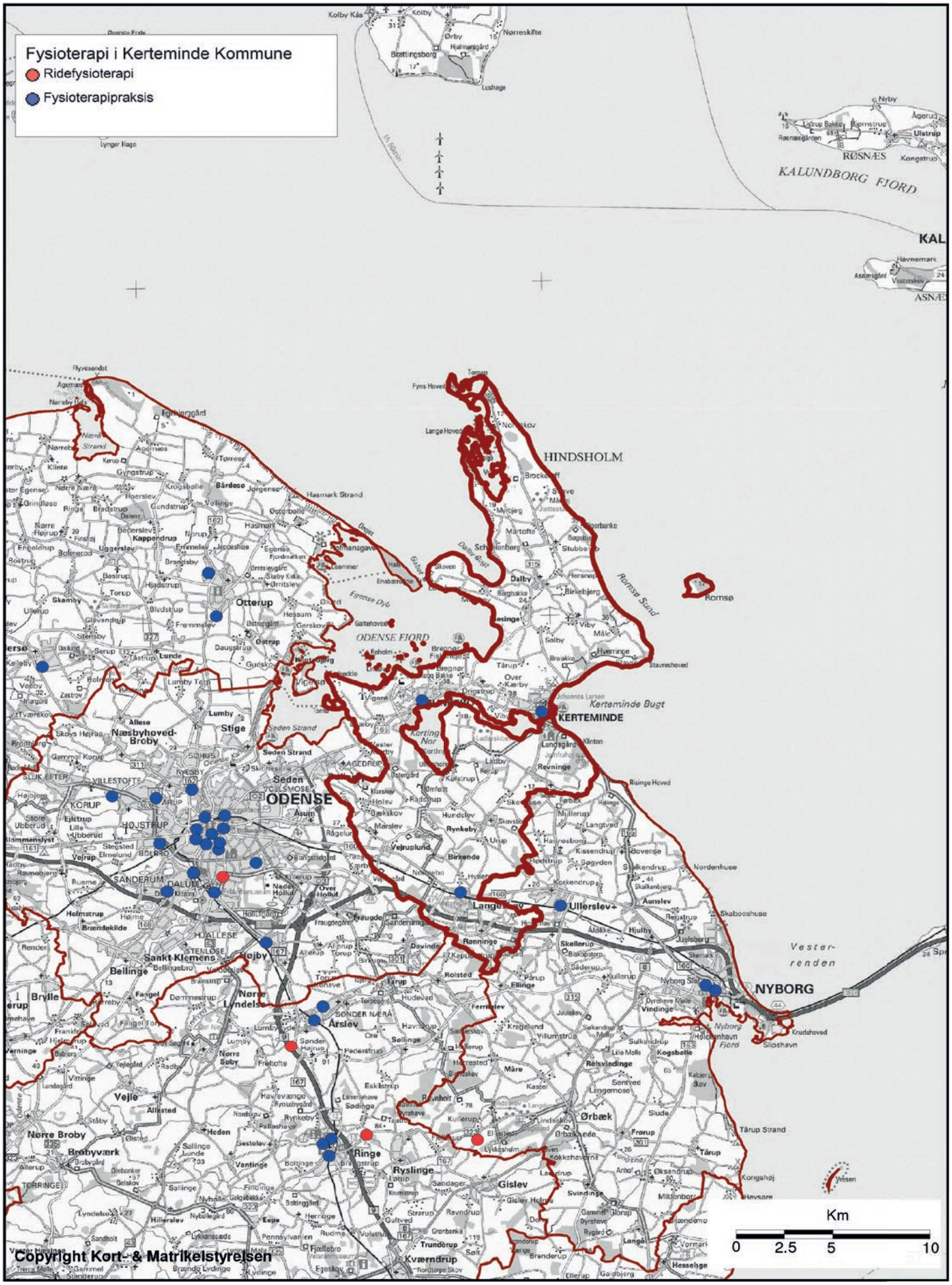
Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	945 kr.	876 kr.	69 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.063 kr.	12.145 kr.	-1.081 kr.
Udgift pr. patient (65)	17.795 kr.	13.200 kr.	4.595 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Kerteminde	23.679	24.012	24.639
Borgere pr. kapacitet	3.844	3.898	4.000


Fysioterapi i Kerteminde Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
HINDSHOLM
KALUNDBORG FJORD
ODENSE FJORD
Kerteminde Bugt
KERTEMINDE
ODENSE
NYBORG
Otterup
Ringe
Ullerslev
Langeskov
Årslev
Dalum
Sanderum
Bellinge
Vejle
Ryslinge
Gislev
Ørbæk
Kværndrup
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Kolding

5.10 | Kolding Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 16,5 kapaciteter
Antal ydernumre: 19
Antal ydernumre u. 30 timer: 8
Antal ydernumre o. 30 timer: 11

I Kolding kommune kan der i perioden for 2014-2016 ses en stigning på 8,6% i udgifterne på speciale 51. I 2016 udgjorde udgifterne på speciale 51 ca. 5,2 mio. kr. Ligeledes er antallat af patienter på speciale 51 i Kolding kommune steget med 11,0% i tilsvarende periode.

For speciale 62 er der udgifterne på et stabilt niveau i Kolding Kommune i perioden 2014-2016. I perioden er udgifterne steget med 0,5% på speciale 62. I 2016 udgjorde udgifterne på speciale 62 i Kolding kommune ca. 10,1 mio. kr.

I 2016 udgjorde udgifterne til ridefysioterapi ca. 3,2 mio. kr. i Kolding kommune.

Årsagerne til udgiftsstigningerne på speciale 51 ses umiddelbart som en generelt stigning i produktionen, da der både opleves en stigning i antallet af patienter, samt en stigning i afregningen af behandlings- og holdtræningsydelser på specialet.

Kommunal fysioterapi
Kommunen tilbyder vederlagsfri fysioterapi til børn. Tilbuddet omfatter primærrt individuel træning og enkelte holdtræninger.

Kommunen har i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi. Der tilbydes ridefysioterapi 1 dag om ugen. Der er juni 2016 24 borgere, som modtager dette tilbud.

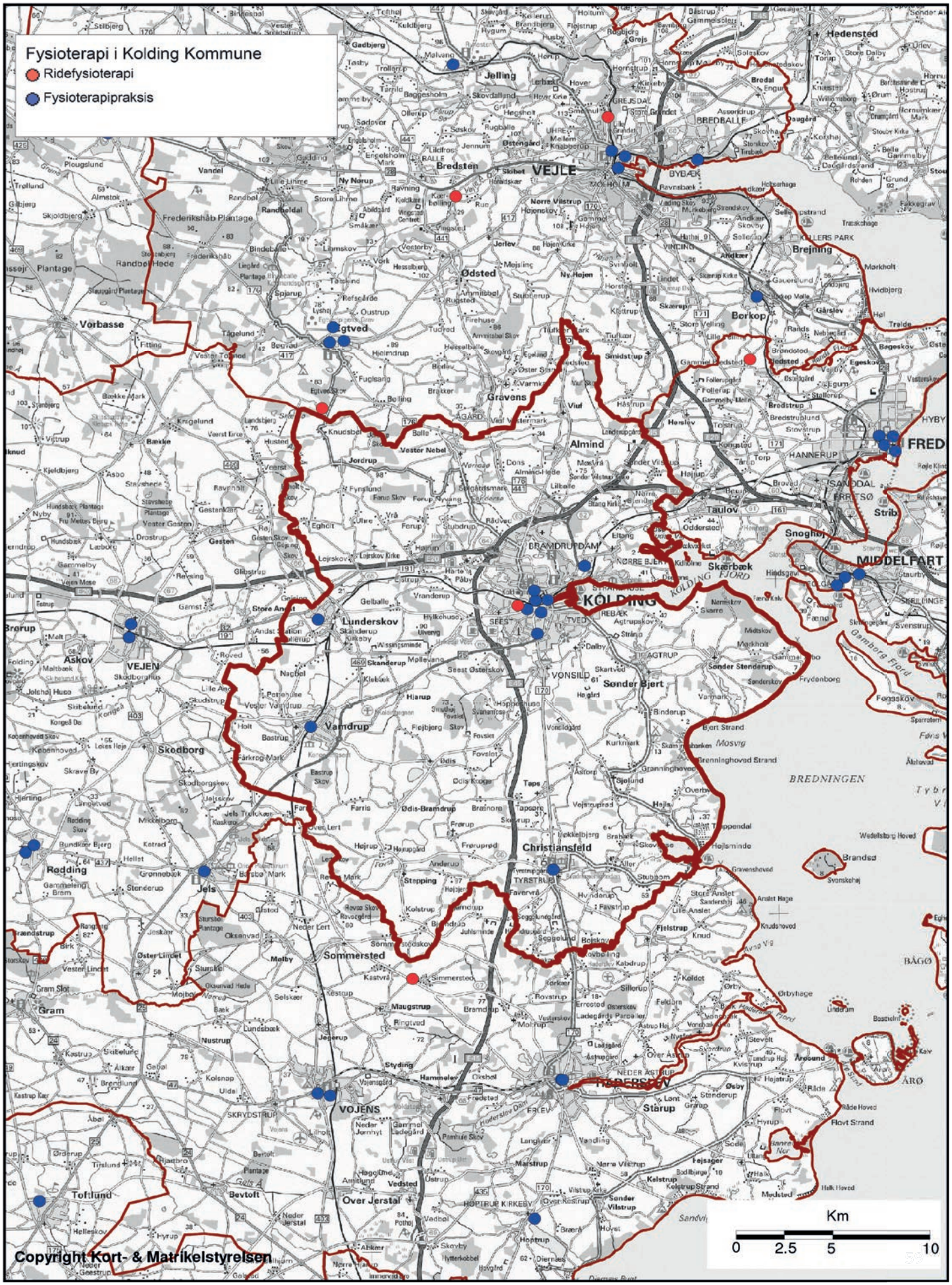
Der afholdes to årlige møder mellem kommunerne og de praktiserende fysioterapeuter.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	945 kr.	876 kr.	69 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.063 kr.	12.145 kr.	-1.081 kr.
Udgift pr. patient (65)	17.795 kr.	13.200 kr.	4.595 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Kolding	91.212	94.589	97.178
Borgere pr. kapacitet	5.701	5.912	6.074


Fysioterapi i Kolding Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Langeland

5.11 | Langeland Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 4,5
Antal ydernumre: 3
Antal ydernumre u. 30 timer: 0
Antal ydernumre o. 30 timer: 3

I Langeland kommune opleves der generelt stilstand indenfor speciale 51. I perioden fra 2014-2016 er udgiften på speciale 51 faldet med 0,4% i perioden. I 2016 udgjorde udgiften for speciale 51 i Langeland kommune ca. 825.000 kr.

I Langeland kommune oplevels der dog en større stigning i udgifterne på speciale 62. I perioden 2014-2016 er udgifterne på speciale 62 steget med 29,4% i ovennævnte periode. I 2016 udgjorde udgifterne på speciale 62 ca. 3 mio. kr. Antallet af ydelser er steget med 4% således, at der i 2016 blev afregnet ca. 33.000 ydelser til ca. 200 patienter på speciale 62.

Der opleves primært en stigning i behandlingsydelser, samt ydelser til bassintræning på speciale 62.

Status for kommunal fysioterapi

Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Der pågår dog arbejde om at etablere kommunale træningstilbud indenfor vederlagsfri fysioterapi pt.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

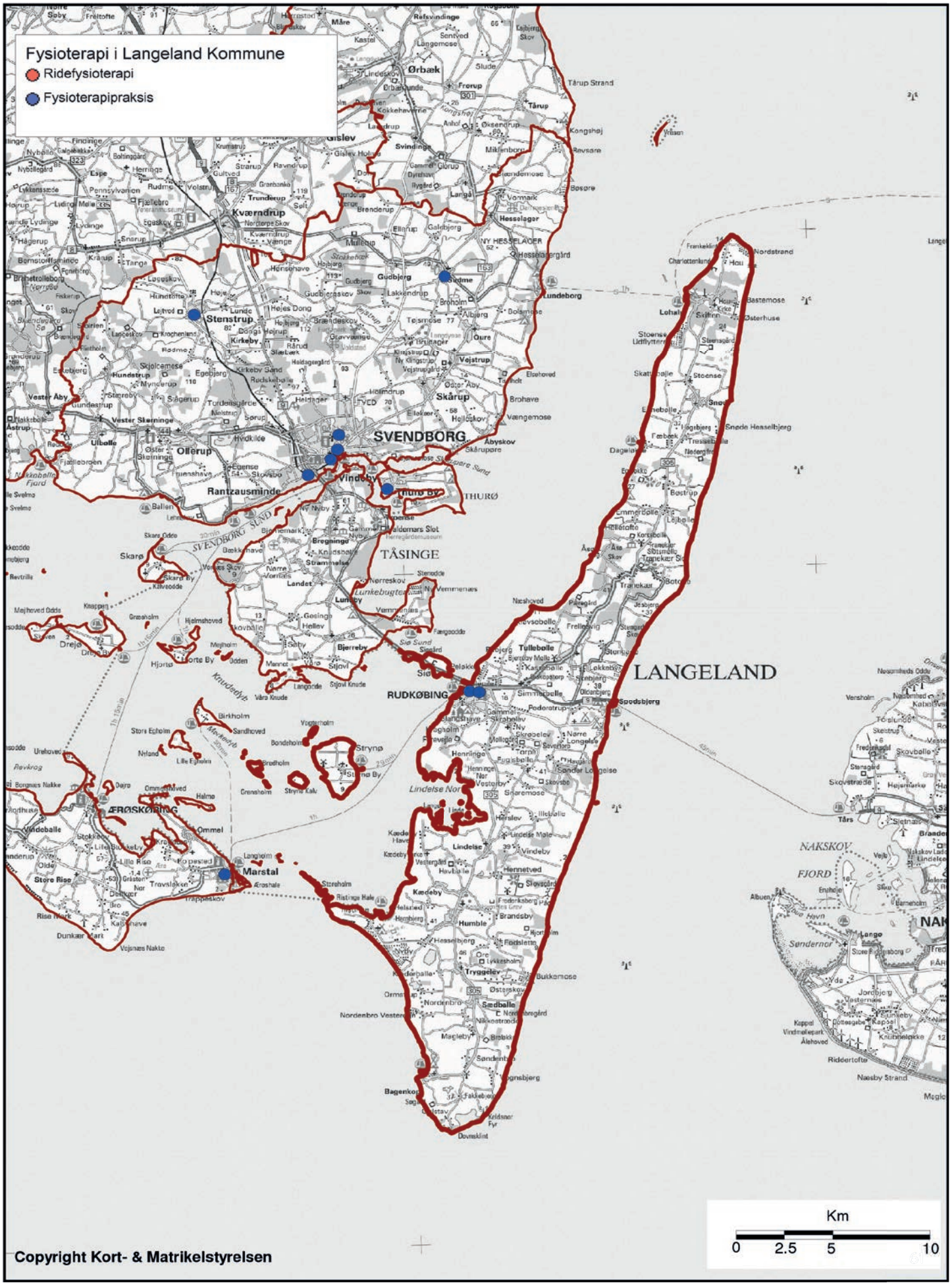
Der afholdes et årligt møde mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	947 kr.	876 kr.	71 kr.
Udgift pr. patient (62)	15.476 kr.	12.145 kr.	3.331 kr.
Udgift pr. patient (65)	14.170 kr.	13.200 kr.	970 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Langeland	12.510	11.689	11.323
Borgere pr. kapacitet	3.574	3.340	3.235


Fysioterapi i Langeland Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
SVENDBORG
Stenstrup
Kværndrup
Ørbæk
Gudbjerg
Vejstrup
Skårup
Ollerup
Rantzausminde
Vindeby
Thurø By
THURØ
TÅSINGE
RUDKØBING
LANGELAND
Marstal
ÆRØSKØBING
Strynø
Lindelse
Kædeby
Humble
Tryggelev
Bagenkop
Spodsbjerg
Tårs
NAKSKOV
FJORD
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Middelfart

5.12 | Middelfart Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 6,49
Antal ydernumre: 10
Antal ydernumre u. 30 timer: 14
Antal ydernumre o. 30 timer: 1

I Middelfart kommune er udgifterne på speciale 51 steget med 11% i perioden 2014-2016. Ligeledes er der sket en stigning i antallet af ydelser (7,2%) og antallet af patienter (6,0%) i perioden på speciale 51.

Der blev i 2016 afregnet for ca. 2,6 mio. kr. på speciale 51 i Middelfart kommune.

På speciale 62 er der ligeledes sket en stigning i udgifterne i perioden 2014-2016. Udgifterne er steget med 6,6% i perioden. I 2016 udgjorde udgiften ca. 5 mio. kr. på speciale 62.

I Middelfart kopmmune er det primært stigninger i hold- og bassintræningsydelser, der kan forklare udgiftsvæksten på speciale 62.

I 2016 havde Middelfart kommune en udgift på ca. 834.000 til Ridefysioterapi.

Status for kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

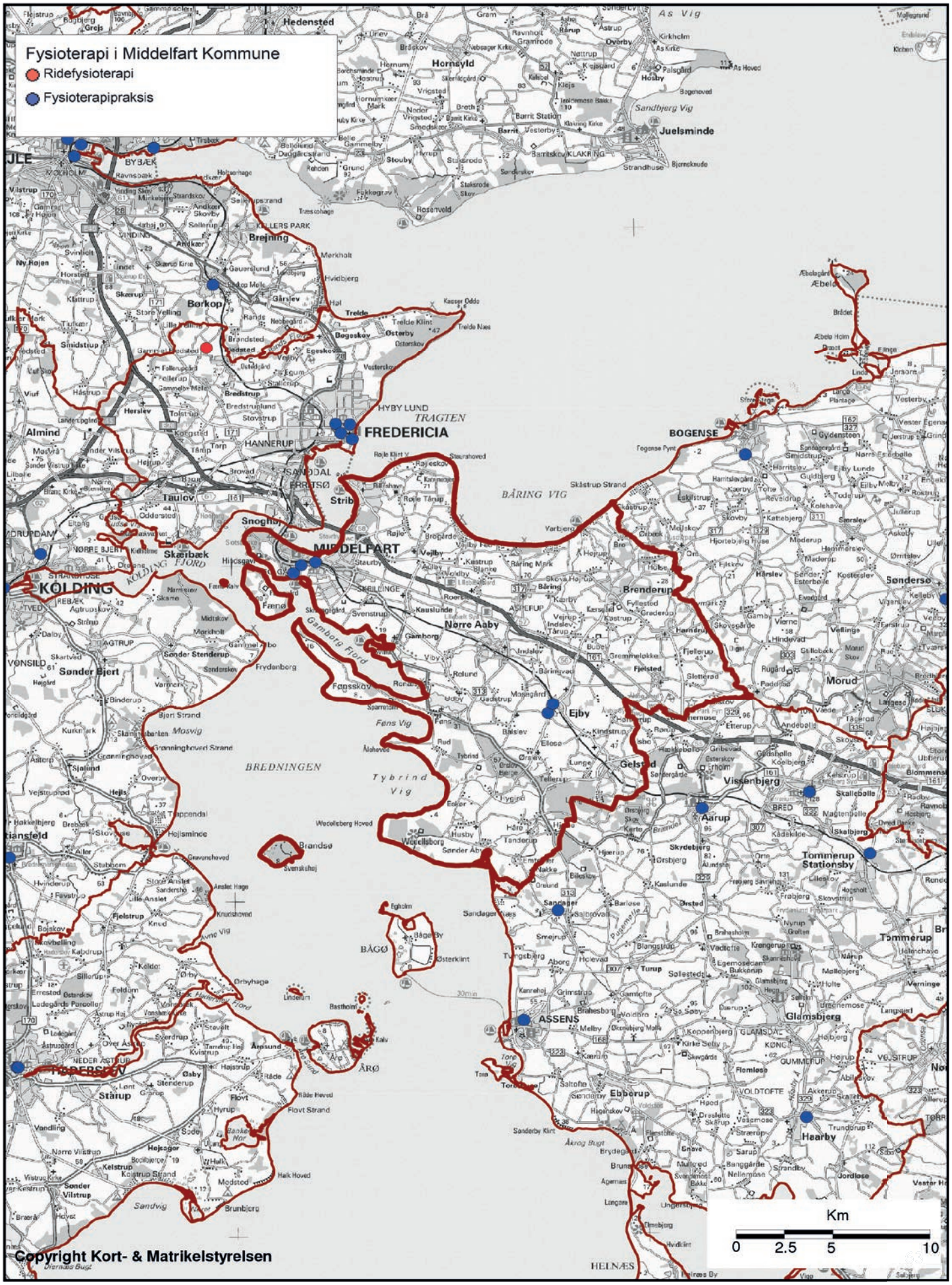
Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	902 kr.	876 kr.	26 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.009 kr.	12.145 kr.	-1.136 kr.
Udgift pr. patient (65)	18.974 kr.	13.200 kr.	5.774 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Middelfart	37.819	38.125	38.943
Borgere pr. kapacitet	5.611	5.657	5.778


Fysioterapi i Middelfart Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Nordfyns

5.13 | Nordfyns Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 5,5
Antal ydernumre: 17
Antal ydernumre u. 30 timer: 17
Antal ydernumre o. 30 timer: 0

I Nordfyns kommune er udgiften på speciale 51 steget med 20,8% i perioden 2014-2016. Ligeledes er antallet patienter (14,1%) og antallet af ydelser (11,2%) også steget i samme periode. I 2016 udgjorde udgiften 2,3 mio. kr. til speciale 51.

På speciale 62 er udgifterne steget med 16% i perioden 2014-2016 i Nordfyns kommune. Der er ligeledes sket en mindre stigning blandt antallet af patienter og antallet af ydelser.

På speciale 51 skyldes stigningen i udgifterne primært en øget afregning af behandlingsydelser, samt en stigning i holdtræningsydelser.

På speciale 62 er det ligeledes udviklingen i holdtræningsydelser, der er årsagen til stigningen i Nordfyns kommune i perioden.

I 2016 havde Nordfyns kommune en udgift på ca. 500.000 kr. til ridefysioterapi.

Status for kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

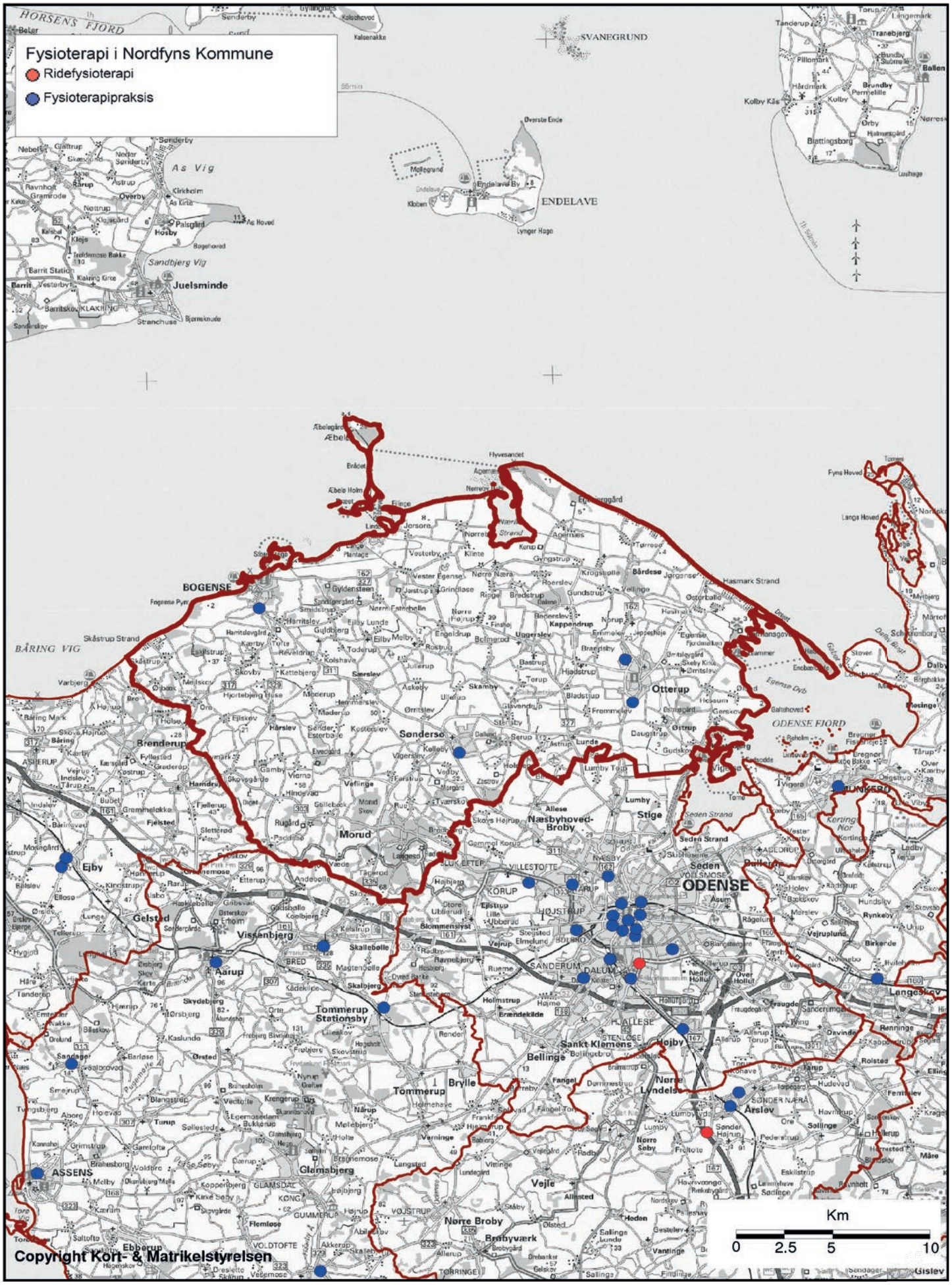
Der afholdes et årligt møde mellem de praktiserende fysioterapeuter og kommunen.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	817 kr.	876 kr.	-59 kr.
Udgift pr. patient (62)	13.133 kr.	12.145 kr.	988 kr.
Udgift pr. patient (65)	15.048 kr.	13.200 kr.	1.848 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Nordfyns	28.902	28.590	28.853
Borgere pr. kapacitet	5.255	5.198	5.246


Fysioterapi i Nordfyns Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
HORSENS FJORD
SVANEGRUND
ENDELAVE
As Vig
Sandbjerg Vig
Juelsminde
BOGENSE
BÅRING VIG
Brenderup
Ejby
Gelsted
Viskenbjerg
Aarup
Morud
Sønderso
Otterup
Næsbyhoved-Broby
Stige
ODENSE
ODENSE FJORD
Tommerup Stationsby
Tommerup
Bellinge
Sankt Klemens
Højby
Nørre Lyndelse
Årslev
Glamsbjerg
ASSENS
Vejle
Nørre Broby
Brobyværk
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Nyborg

5.14 | Nyborg Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 5,5
Antal ydernumre: 9
Antal ydernumre u. 30 timer: 7
Antal ydernumre o. 30 timer: 2

I Nyborg Kommune er udgifterne til speciale 51 steget med 21,1% i perioden 2014-2016. Antallet af patienter er steget med en næsten identisk vækst med 22,1% i tilsvarende periode. Antallet af ydelser er steget med 29,2% i perioden.

For speciale 62 er væksten i Nyborg kommune mindre markant. Udgifterne til speciale 62 er steget med 6,2% i perioden 2014-2016 for speciale 62.

Årsagerne til udgiftsstigningen på speciale 51 skal primært findes i en generelt stigende afregnings-vækst, da der også opleves en markant stigning af patienter på speciale 51 i kommune. Stigningen er primært sket indenfor behandlingsydelser og holdtræningsydelser i perioden 2014-2016 på speciale 51.

På speciale 62 er det tydeligt, at det er en stigning i holdtræningsydelser, der er årsagen til udgiftsstigningen i førnævnte periode i Nyborg kommune.

I 2016 afholdte Nyborg kommune udgifter for ca. 986.000 kr. til ridefysioterapi.

Status for kommunal fysioterapi
Kommunen har etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) for 10 borgere på børne-/ungeområdet. Der er tale om individuel behandling.

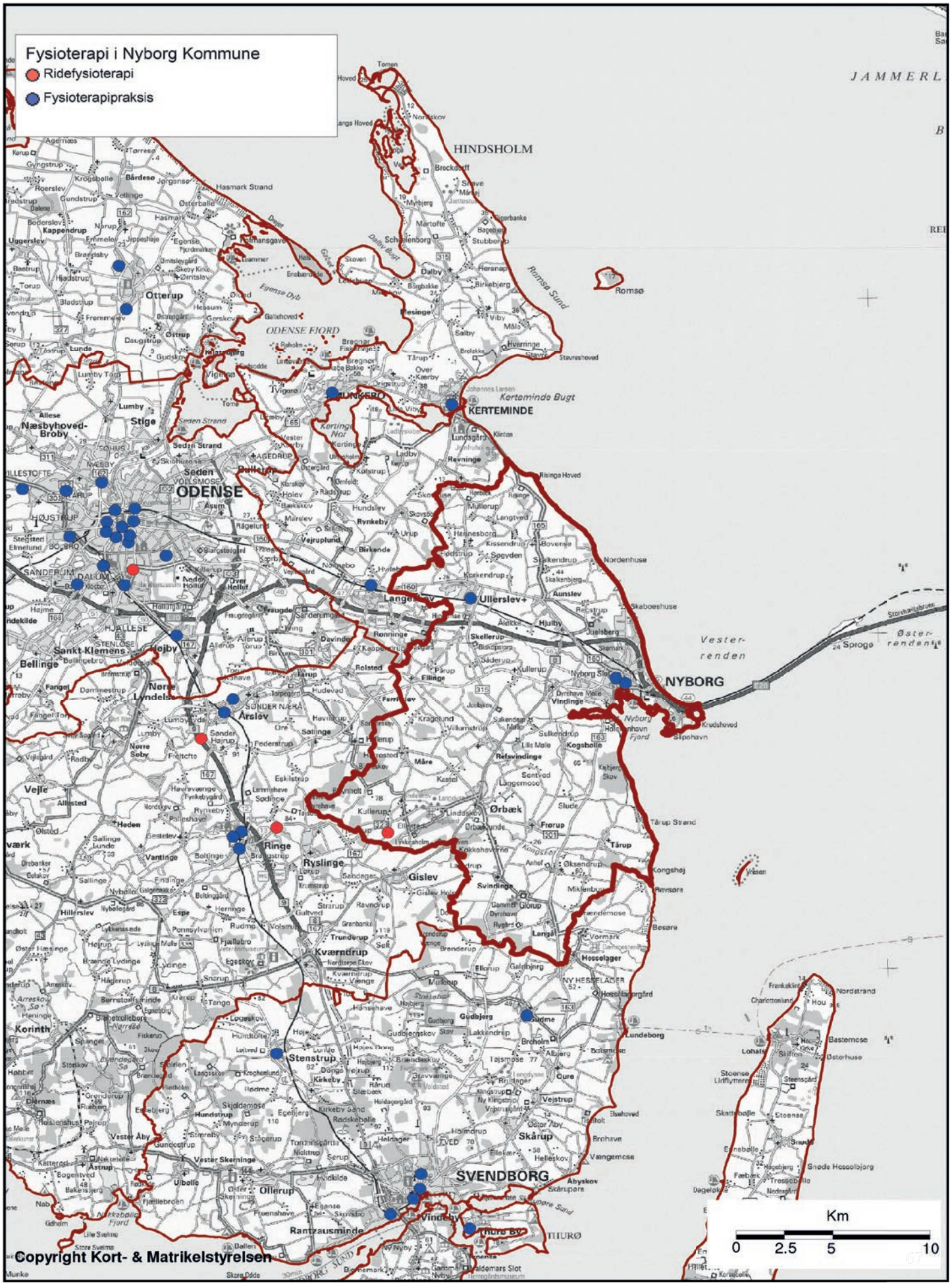
Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	799 kr.	876 kr.	-77 kr.
Udgift pr. patient (62)	12.452 kr.	12.145 kr.	307 kr.
Udgift pr. patient (65)	17.609 kr.	13.200 kr.	4.409 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Nyborg	31.527	31.711	32.253
Borgere pr. kapacitet	5.732	5.766	5.864


Fysioterapi i Nyborg Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
ODENSE
NYBORG
SVENDBORG
KERTEMINDE
BOGENSE
Langeskov
Ullerslev
Arslev
Ringe
Ryslinge
Gislev
Kværndrup
Stenstrup
Ollerup
Rantzausminde
Vindeby
Otterup
Stige
Søeden
Bullerup
Ørbæk
Tårup
Gudme
Hesselager
Lundeborg
Skårup
Vejstrup
Hårup
Hårup By
Hindsholm
Romsø
Romsø Sund
Kerteminde Bugt
Odense Fjord
Vesterrenden
Østerrenden
Sproge
Krudshoved
Slipshavn
Nordenhuse
Skaboeshuse
Aunslev
Skellerup
Kogsholle
Refsvindinge
Svindinge
Langå
Gudbjerg
Broholm
Albjerg
Oure
Abyskov
Skårupøre
Helleskov
Brohave
Vængamose
Ny Hesselager
Hesselagergård
Lohals
Stoense
Steensgård
Bastemose
Østerhuse
Nordstrand
Frankskirk
Charlottenlund
Hou
Skiftinge
Skattebølle
Snoede Hesselbjerg
Fæbæk
Trosseballe
Nedergårde
Dagelokke
Hiddensø
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Odense

5.15 | Odense Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 40,97 kapaciteter
Antal ydernumre: 64
Antal ydernumre u. 30 timer: 44
Antal ydernumre o. 30 timer: 20

I Odense kommune er udgifterne til speciale 51 steget med 9,7 i perioden fra 2014-2016. I 2016 udgjorde udgiften på speciale 51 ca. 10,9 mio. kr. Antallet af ydelser (7,2%) og antallet af patienter (8,3) har fulgt samme udvikling som udgifterne.

På speciale 62 er udgifterne i Odense kommune steget med 7,4%. I 2016 udgjorde udgifterne på speciale 62 ca. 31 mio. kr., fordelt på ca. 2.400 patienter og på ca. 246.000 ydelser.

I 2016 afholdte Odense kommune udgifter for ca. 2,4 mio. kr. til Ridefysioterapi.

Årsagerne til udgiftsstigningen på speciale 51 i Odense kommune er primært en generel produktivitetsvækst på området. Derudover er der sket en stigning i holdræningsydelser på specialet.

På speciale 62 er der sket en markant stigning i udgifterne til holdtræningsydelser.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

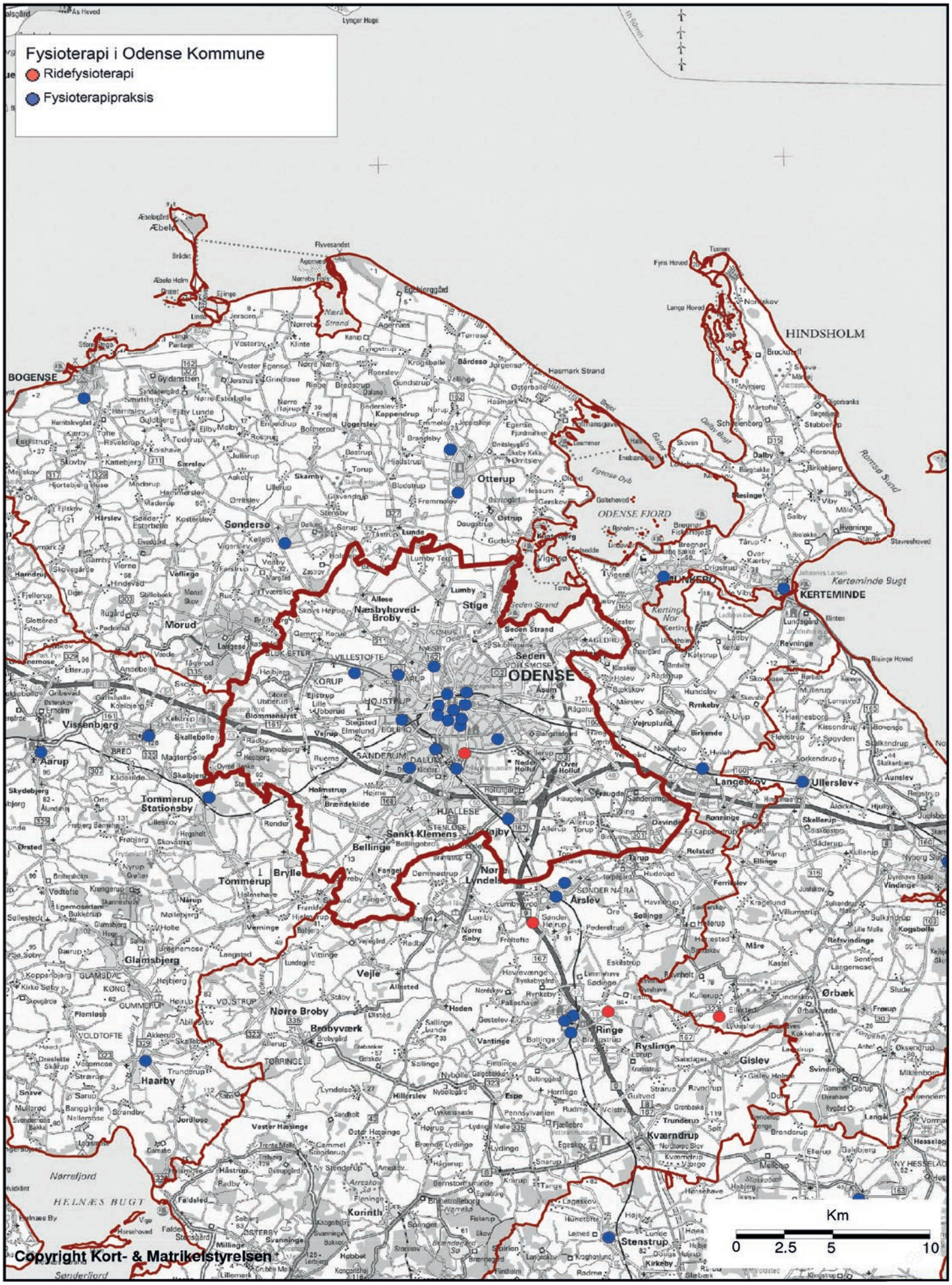
Der afholdes 2-3 årlige møder mellem de praktiserende fysioterapeuter og kommunen.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	885 kr.	876 kr.	9 kr.
Udgift pr. patient (62)	12.905 kr.	12.145 kr.	760 kr.
Udgift pr. patient (65)	15.498 kr.	13.200 kr.	2.298 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Odense	199.722	212.732	220.365
Borgere pr. kapacitet	5.104	5.437	5.632



Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Svendborg

5.16 | Svendborg Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 27 kapaciteter
Antal ydernumre: 13,5
Antal ydernumre u. 30 timer: 24
Antal ydernumre o. 30 timer: 3

I Svendborg kommune er udgifterne på speciale 51 steget med 15,3% i perioden fra 2014-2016. Tilsvarende er antallet af ydelser (23,3%) og antallet af patienter (13,0%) også steget i den tilsvarende periode på speciale 51 i Svendborg kommune.

På speciale 62 er udgifterne i Svendborg kommune steget med 10,3% i perioden fra 2014-2016. Her ses dog en mindre stigning i antallet af patienter (6,6%) og antallet af ydelser (0,2%).

I 2016 afholdte Svendborg kommune udgifter for ca. 697.000 kr. til Ridefysioterapi.

Årsagen til udgiftsvæksten i Svendborg kommune på speciale 51 kan findes i en stigning i behandlingsydelse, samt en stigning i holdtræningsydelser.

På speciale 62 er det holdtræningsydelserne, der er årsagen til udgiftsstigningen i Svendborg kommune. Ligeledes kan der også konstateres en stigning i ydelserne til bassintræning i perioden 2014-2016.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

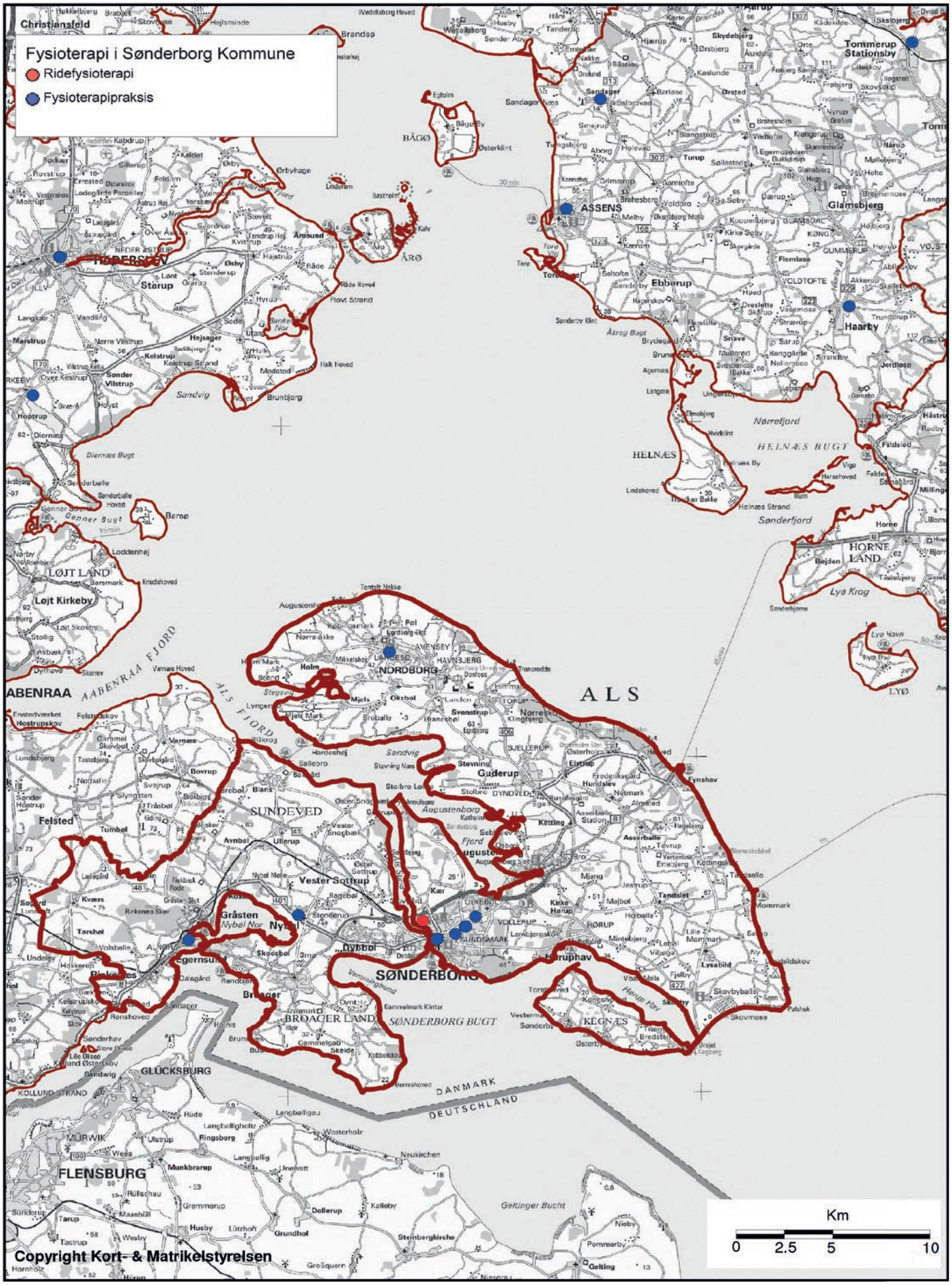
Der afholdes to årlige møder mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	854 kr.	876 kr.	-22 kr.
Udgift pr. patient (62)	12.706 kr.	12.145 kr.	561 kr.
Udgift pr. patient (65)	15.164 kr.	13.200 kr.	1.964 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Svendborg	57.834	57.144	57.000
Borgere pr. kapacitet	4.131	4.082	4.071


Fysioterapi i Sønderborg Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen
ASSENS
Tommerup Stationsby
Glamsbjerg
Haarby
Ebberup
Starup
Hoptrup
Lojt Kirkeby
NORDBORG
ABENRAA
ALS
SUNDEVED
Vester Sottrup
Gråsten
Nybøl
Egernsund
Dybbøl
SØNDERBORG
Broager
BROAGER LAND
SØNDERBORG BUGT
KEGNÆS
Guderup
Augustenborg
Fynshav
Sundsmark
Haruphav
HELNÆS
HELNÆS BUGT
Nørrefjord
Sønderfjord
HORNELAND
LØJT LAND
ÅRØ
BÅGØ
GLÜCKSBURG
FLENSBURG
DANMARK
DEUTSCHLAND

Sønderborg

5.17 | Sønderborg Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 17,5
Antal ydernumre: 24
Antal ydernumre u. 30 timer: 14
Antal ydernumre o. 30 timer: 10

I Sønderborg kommune er udgifterne på speciale 51 faldet i perioden 2014-2016. Der er sket et fald på 2,9%, således at udgifterne i 2016 udgjorde ca. 5 mio. kr. I 2014 udgjorde udgifterne et beløb svarende til 5,1 mio. kr.

På speciale 62 er udgifterne steget i perioden fra 2014-2016. Udgifterne er steget fra ca. 8 mio. kr. i 2014 til 11, 1 mio. kr. i 2016. Dette svarer til en stigning på 24,5%. Ligeledes er både antallet af ydelser (12,2%) og antallet af patienter (18,1%) steget på speciale 62 i Sønderborg kommune i perioden 2014-2016.

I 2016 afholdte Sønderborg kommune udgifter for ca. 985.000 kr. til Ridefysioterapi.

Årsagen til den faldende udgift på speciale 51 kan ses i antallet af behandlingsydelser. Der er sket et fald på ca. 300.000 kr. i perioden fra 2014-2016.

Årsagen til de stigende udgifter på speciale 62 skal primært findes i en stigning i holdtræningsydelser og behandlingsydelser.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

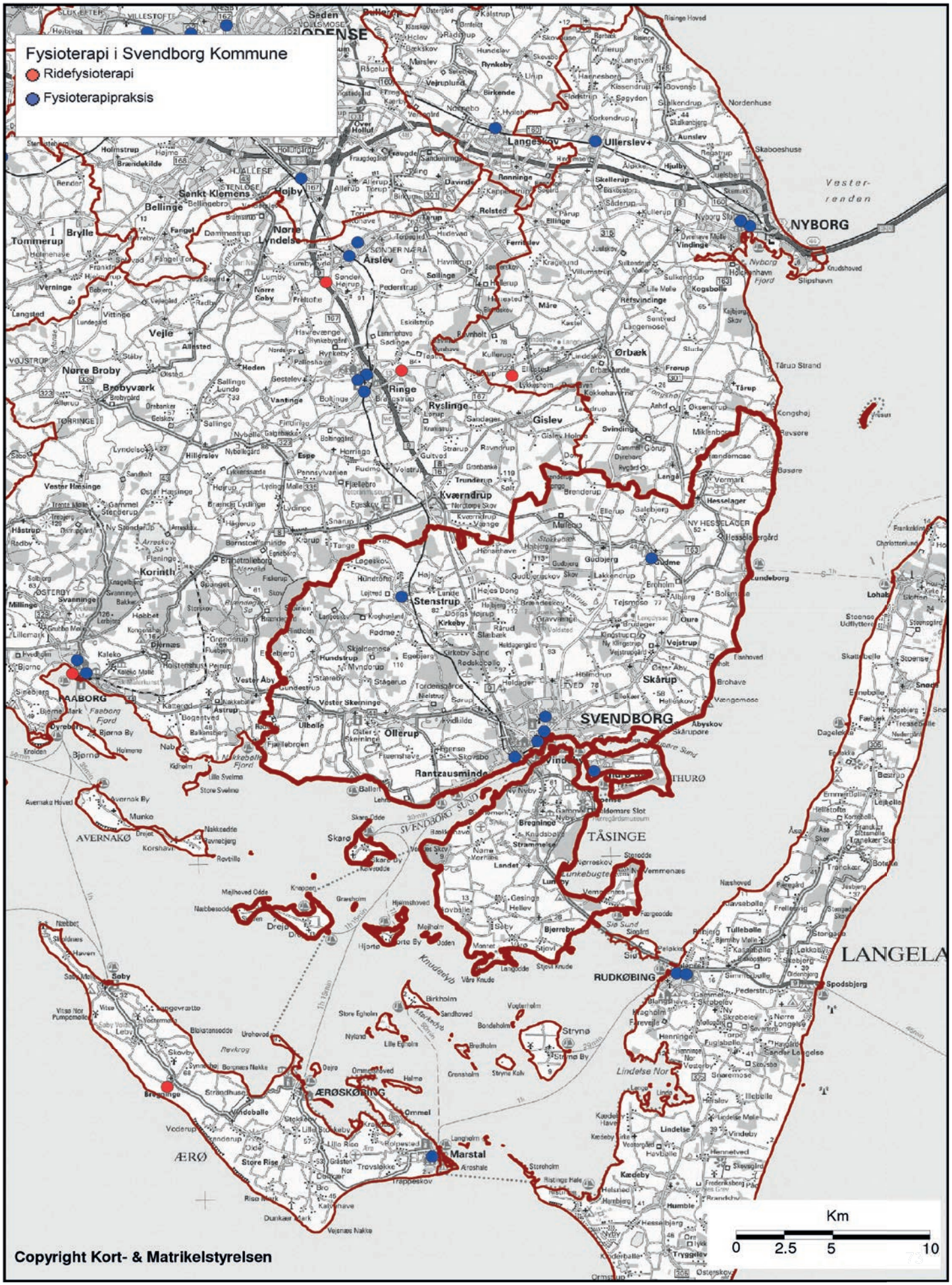
Kommunen mødes med de praktiserende fysioterapeuter én gang årligt.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	882 kr.	876 kr.	6 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.268 kr.	12.145 kr.	877 kr.
Udgift pr. patient (65)	11.729 kr.	13.200 kr.	1.471 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Sønderborg	74.691	72.892	72.248
Borgere pr. kapacitet	4.037	3.940	3.905


Fysioterapi i Svendborg Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Tønder

5.18 | Tønder Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 8,5
Antal ydernumre: 9
Antal ydernumre u. 30 timer: 7
Antal ydernumre o. 30 timer: 2

I Tønder kommune har der i perioden fra 2014-2016 været en generel vækst på speciale 51. Udgifterne er steget med 16,2% i perioden. Der er ligeleds været en markant vækst i antallet af ydelser, da der kan ses en stigning på 45,2% i perioden fra ca. 54.000 ydelser i 2014 til ca. 78.000 ydelser i 2016. Antallet af patienter er steget med 17,4% i perioden. I 2016 udgjorde udgiften på speciale 51 ca. 2,5% mio. kr.

På speciale 62 er udgifterne i Tønder kommune steget med 16,2% i perioden 2014-2016. I 2016 udgjorde udgifterne til speciale 62 ca. 6,3 mio. kr.

I 2016 udgjorde udgifterne til Ridefysioterapi ca. 1,1 mio. kr. i Tønder kommune.

Årsagerne til udgiftsstigningen på speciale 51 kan primært findes i udviklingen indenfor behandlingsydelser. Der er ligeledes sket en mindre stigning på holdtræningsydelser.

Det samme gør sig gældende på speciale 62, hvor det ligeledes er behandlingsydelser, samt holdtrænings-ydelser, der udgør årsagerne til udgiftsvæksten i Tønder kommune i perioden 2014-2016.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

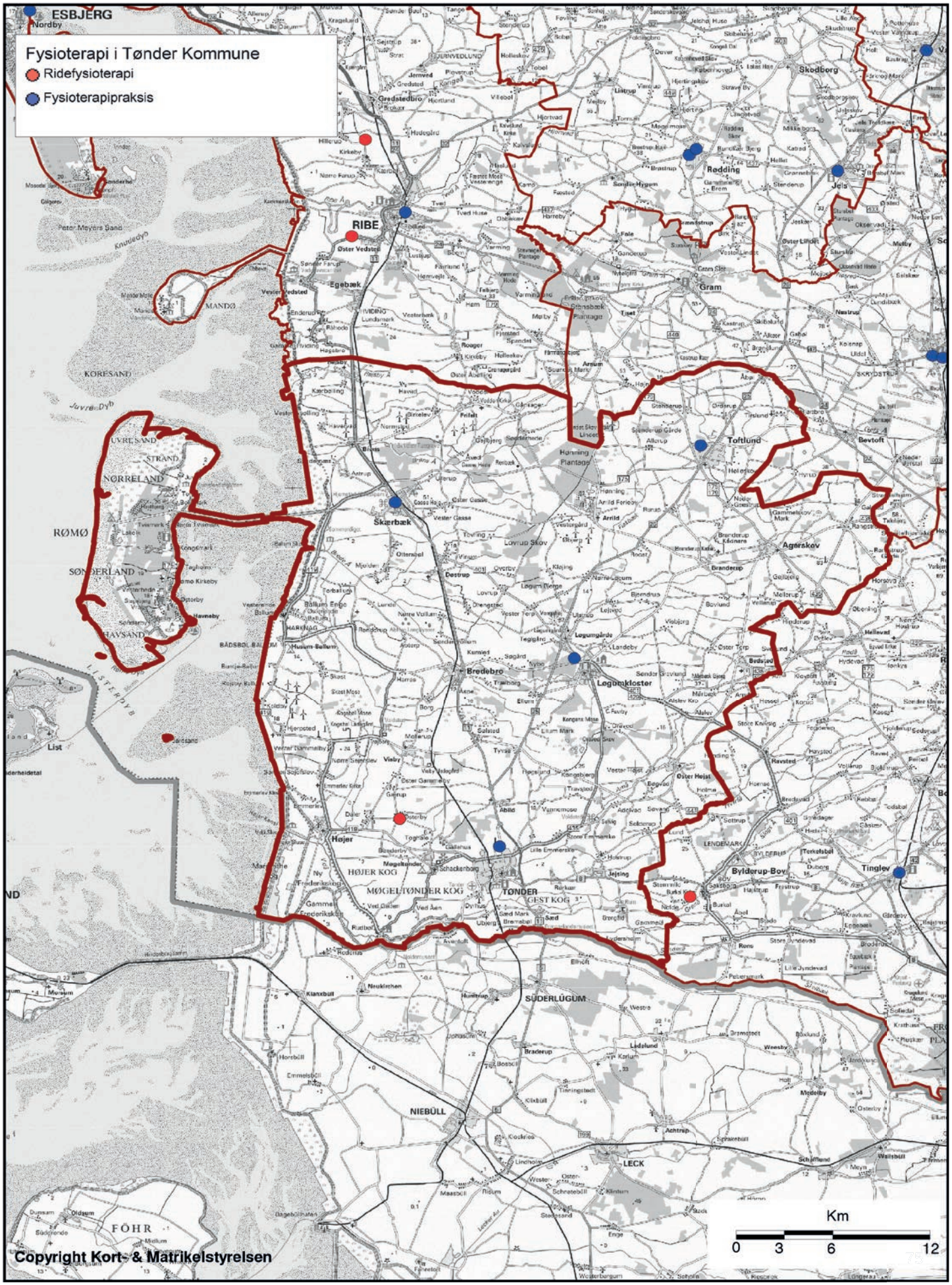
Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	896 kr.	876 kr.	20 kr.
Udgift pr. patient (62)	11.572 kr.	12.145 kr.	-573 kr.
Udgift pr. patient (65)	12.483 kr.	13.200 kr.	-717 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Tønder	37.730	36.382	35.902
Borgere pr. kapacitet	4.716	4.548	4.488


Fysioterapi i Tønder Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
ESBJERG
RIBE
Skærbæk
Bredebro
Logumkloster
Toftlund
Gram
Rødding
Jels
Skodborg
Agerskov
Bylderup-Bov
Tinglev
Højer
TØNDER
SYDLYGUM
NIEBÜLL
LECK
List
Km
0
3
6
12
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

5.19 | Varde Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 10,5
Antal ydernumre: 24
Antal ydernumre u. 30 timer: 23
Antal ydernumre o. 30 timer: 1

I Varde kommune er udgifterne på speciale 51 steget med 12,4% i perioden 2014-2016. I 2014 udgjorde udgiften til speciale 51 ca. 4,3 mio. kr. og i 2016 udgjorde udgiften til speciale 51 ca. 4,9 mio. kr. Antallet af patienter er steget med 12,4% i perioden

Udgifterne på speciale 62 er steget med 10,7% i perioden 2014-2016. I 2014 udgjorde udgiften til speciale 62 ca. 8,0 mio. kr. og i 2016 udgjorde udgiften til speciale 62 ca. 8,9 mio. kr.

I 2016 udgjorde Varde kommunes udgift til ridefysioterapi ca. 1,6 mio. kr.

Årsagen til udgiftsstigningen i Varde kommune på speciale 51 er primært en udgiftsstigning i behandlingsydelserne.

På speciale 62 er det primært en vækst i holdtrænings-ydelserne, der medfører stigningen i udgifterne.

Kommunal fysioterapi
I Varde kommune er der etableret tre forskellige tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Der er tilbud om vederlagsfri fysioterapi til borgere på plejecentre i Varde kommune, samt voksne med varig nedsat funktionsevne efter erhvervet hjerneskade.

Ligeledes har Varde kommune et tilbud til børn og unge under 18 år.

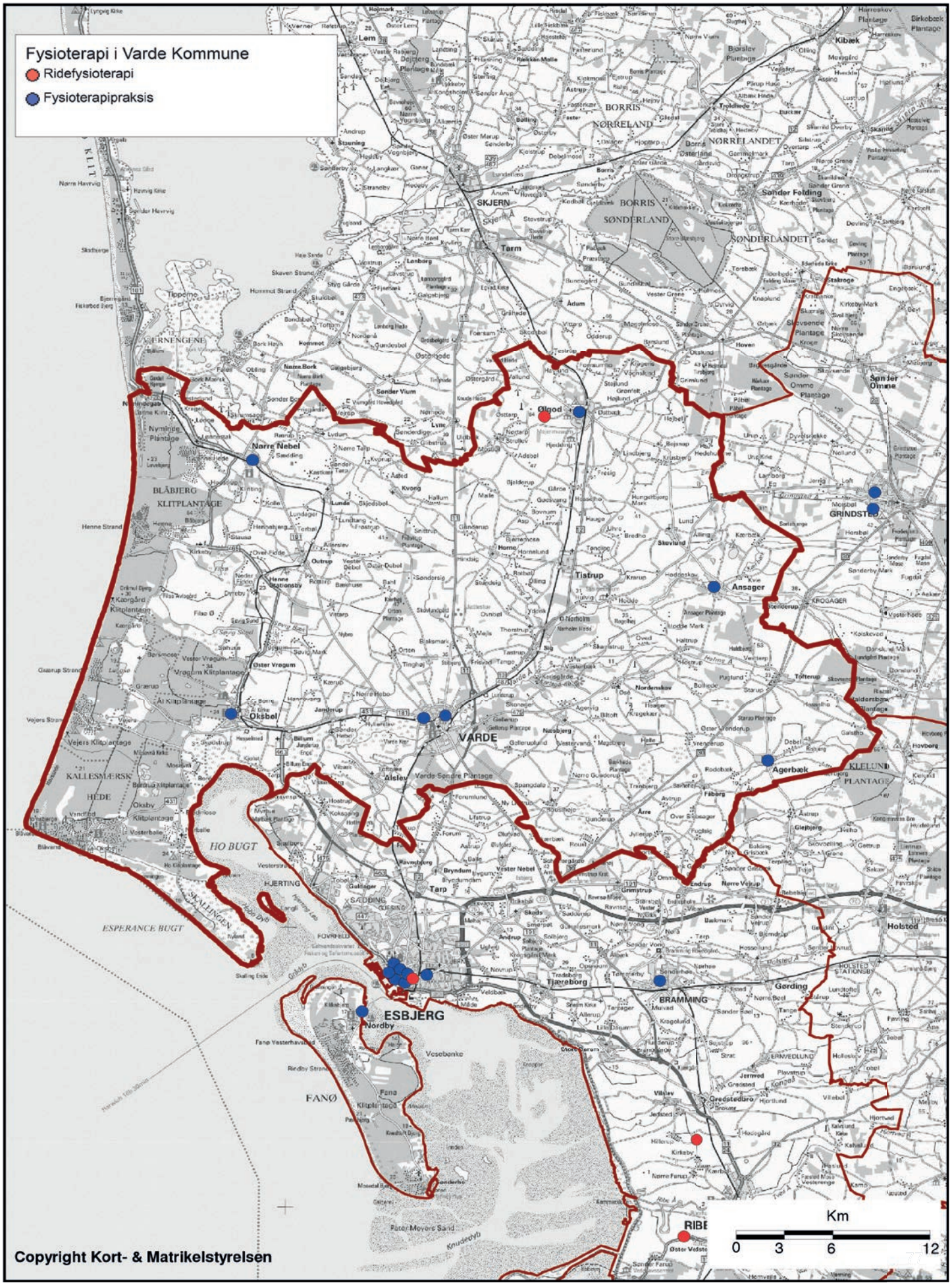
Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	936 kr.	876 kr.	60 kr.
Udgift pr. patient (62)	12.380 kr.	12.145 kr.	235 kr.
Udgift pr. patient (65)	18.193 kr.	13.200 kr.	4.993 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Varde	49.946	49.706	50.183
Borgere pr. kapacitet	4.541	4.519	4.562


Fysioterapi i Varde Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0 3 6 12
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen
VARDE
ESBJERG
Ølgod
Ansager
Agerbæk
Oksbøl
Tarm
SKJERN
Tistrup
GRINDSTED
Holsted
BRAMMING
Tæreborg
Gørding
Tarp
Alslev
Nordby
FANØ
HO BUGT
ESPERANCE BUGT
BLÅBJERG KLITPLANTAGE
KALLESMÆRSK HEDE
KLELUND PLANTAGE
BORRIS
NØRRELAND
NØRRELANDET
SØNDERLAND
SØNDERLANDET
Sønder Felding
Sønder Omme
Narre Nebel
Vester Vrøgum
Øster Vrøgum
Jerrestad
Vilslev
Gredstedbro
Hjerting
Skallingen
Vesterbølle
Vejers Strand
Vejers Klitplantage
Gærup Strand
Henne Strand
Lem
Kibæk
Troldhede
Skanlø
Stakroge
Skovsende Plantage
Hoven
Ådum
Esbjerg Nordby
Vesterbølle
Knudedyb
Fanø Vesterhavsbad
Rindby Strand
Fanø Klitplantage
Fanø Vesterhavsbad
Fanø Vesterhavsbad
Fanø Vesterhavsbad

5.20 | Vejen Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 9,5
Antal ydernumre: 15
Antal ydernumre u. 30 timer: 11
Antal ydernumre o. 30 timer: 4

I Vejen kommune er udgifterne til speciale 51 steget med 12,0% i perioden fra 2014-2016. Samme udvikling kan ses i antallet af patienter, hvor antallet er steget med 8,5% i tilsvarende periode. I 2016 udgjorde udgifterne til speciale 51 ca. 3,3 mio. kr.

På speciale 62 er kan en lignende udvikling konstateres. Udgifterne til speciale 62 er steget med 9,8%. I 2016 udgjorde udgiften til speciale 62 ca. 4,5 mio. kr.
På speciale 62 er antallet af patienter steget med 4,3% fra 2014-2016.

I 2016 afholdte Vejen kommune udgifter på ca. 1,6 mio. kr. til ridefysioterapi.

Årsagen til det stigende udgiftsniveau på speciale 51 skal primært findes i et generelt forhøjet behandlingsniveau, samt en stigning i antallet af patienter. Derudover er der sket en stigning i afregningen af holdtræningsydelser.

På speciale 62 er det ligeledes en stignende afregning af holdtræningsaktivitet, der er en af den primære årsager til udgiftsstigningen på specialet.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

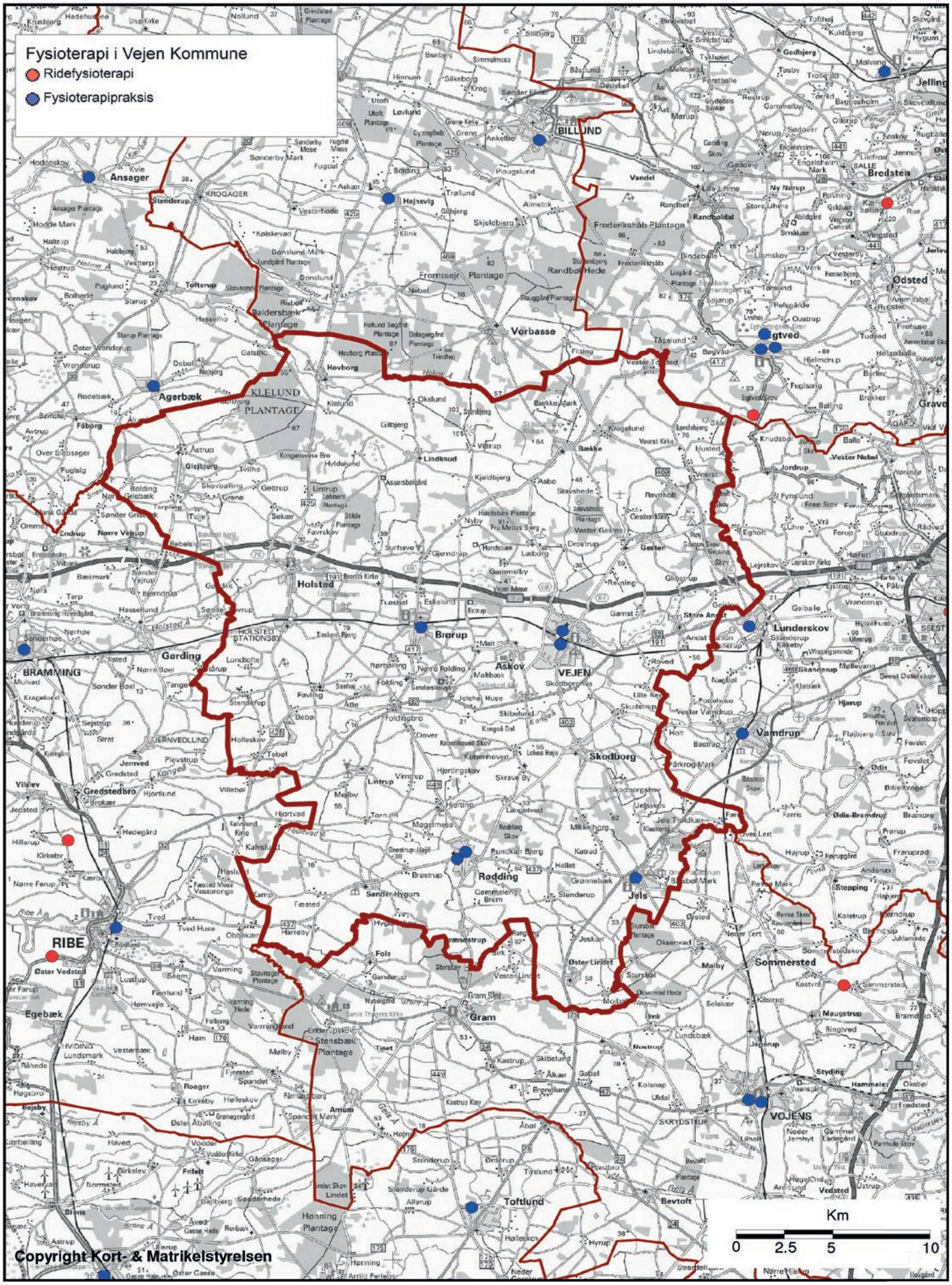
Der er etableret samarbejdsforum mellem de praktiserende fysioterapeuter og kommune. Der afholdes to årlige møder.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	867 kr.	876 kr.	-9 kr.
Udgift pr. patient (62)	9.901 kr.	12.145 kr.	-2.244 kr.
Udgift pr. patient (65)	18.135 kr.	13.200 kr.	4.935 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Vejen	42.564	42.842	43.715
Borgere pr. kapacitet	4.480	4.510	4.602


Fysioterapi i Vejen Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
BILLUND
Ansager
KROGAGER
Hejsvig
Vorbasse
Egtved
Agerbæk
KLELUND PLANTAGE
Holsted
Brørup
Askov
VEJEN
Lunderskov
Vamdrup
Gørding
BRAMMING
Skodborg
Rødding
Jels
RIBE
Sommersted
Gram
VOJENS
Toftlund
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

5.21 | Vejle Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 18,5
Antal ydernumre: 21
Antal ydernumre u. 30 timer: 10
Antal ydernumre o. 30 timer: 11

I Vejle kommune er udgifterne til speciale 51 steget med 11,5% i perioden 2014-2016. I Vejle kommune er antallet af patienter ligeledes steget med 11,5% i samme perioden. Antallet af ydelser dog kun steget med 5,5% i perioden. I 2016 udgjorde udgiften til speciale 51 i Vejle kommune ca. 7,1 mio. kr.

På speciale 62 er udgifterne steget med 15,2% i perioden fra 2014-2016. Antallet af patienter er steget med 4,2% på speciale 62. I 2016 udgjorde udgifterne til peciale 62 ca. 12 mio. kr. i Vejle kommune.

I 2016 afholdte Vejle kommune udgiofter for ca. 2,8 mio. kr. til ridefysioterapi

En af de primære årsager til udgiftsstigning på speciale 51 skal findes i en generelt vækst i antallet af patienter, hvilket har medført en stigning i antallet af behandlingsydelser. Ligeledes er der sket en stigning på holdtræningsydelserne i perioden fra 2014-2016.

På speciale 62 er det ligeledes holdtræningsydelserne, der kan forklare en væsentlig del af udgiftsvæksten i perioden fra 2014-2016.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har etableret et tilbud om vederlagsfri fysioterapi til både børn og seniorer.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

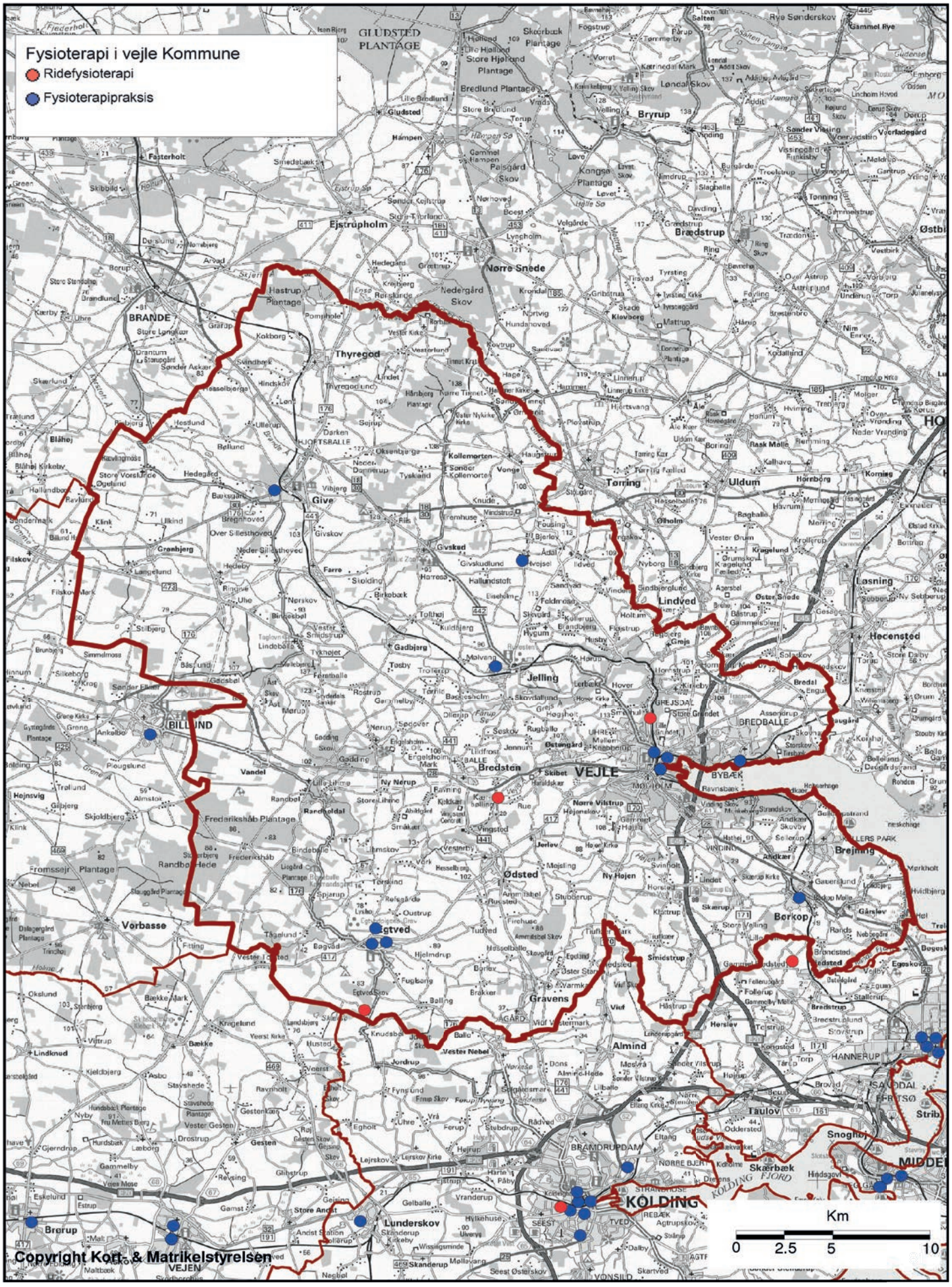
Der aftales møder mellem kommunen og de praktiserende fysioterapeuter to gange årligt.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	867 kr.	876 kr.	-9 kr.
Udgift pr. patient (62)	9.901 kr.	12.145 kr.	-2.244 kr.
Udgift pr. patient (65)	18.135 kr.	13.200 kr.	4.935 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Vejle	111.147	117.431	122.668
Borgere pr. kapacitet	6.008	6.348	6.631


Fysioterapi i vejle Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

5.22 | Ærø Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 2
Antal ydernumre: 4
Antal ydernumre u. 30 timer: 4
Antal ydernumre o. 30 timer: 0

I Ærø kommune er udgifterne steget med 15,8% på speciale 51 i perioden 2014-2016. Antallet af patienter er steget med 8,9% i tilsvarende periode. I 2016 udgjorde udgifterne til speciale 51 i Ærø kommune ca. 430.000 kr.

På speciale 62 er udgifterne steget med 31,2% i Ærø kommune i perioden fra 2014-2016. Antallet af patietner er steget med 7,1% i perioden. I 2016 udgjorde Ærø kommunes udgifter til speciale 62 ca. 1,1 mio. kr.

I 2016 afholdte Ærø kommune udgifter på ca. 190.000 kr. til ridefysioterapi.

En af forklaringerne på udgiftsstigningen på speciale 51 er udviklingen i holdtræningsydelser i Ærø kommune.

På speciale 62 kan udgiftsvæksten primært forklares ved en generel stigning i afregningen af behandlingsydelser, samt holdtræning på speciale 62.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

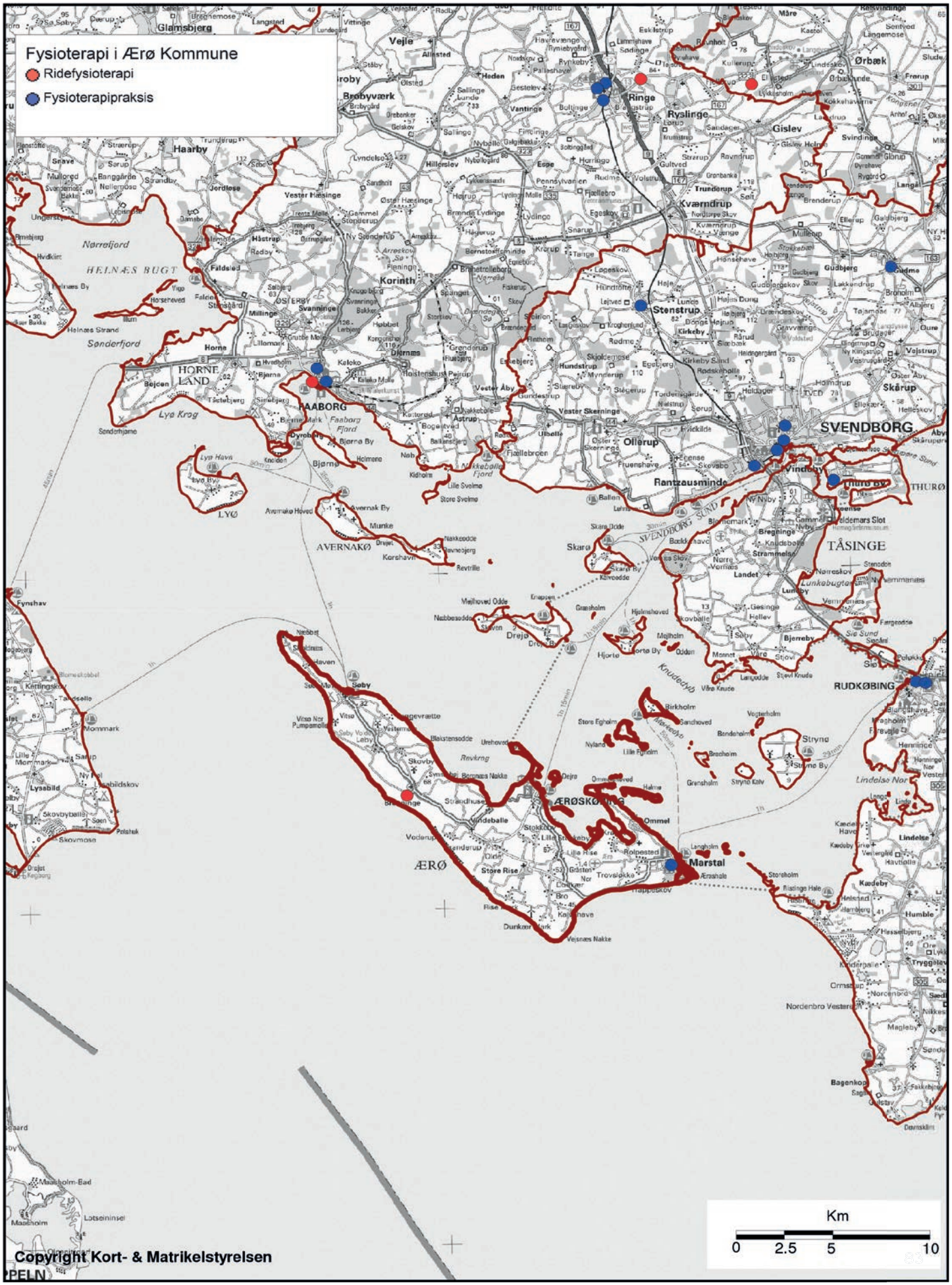
Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	875 kr.	876 kr.	-1 kr.
Udgift pr. patient (62)	13.332 kr.	12.145 kr.	1.187 kr.
Udgift pr. patient (65)	11.884 kr.	13.200 kr.	-1.316 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Vejle	6.176	5.748	5.557
Borgere pr. kapacitet	3.088	2.874	2.779


Fysioterapi i Ærø Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Aabenraa

5.23 | Aabenraa Kommune

Fakta for kommune:
Antal kapaciteter: 11,5
Antal ydernumre: 20
Antal ydernumre u. 30 timer: 17
Antal ydernumre o. 30 timer: 3

I Aabenraa kommune er udgifterne til speciale 51 steget med 23,0% i perioden fra 2014-2016. Antallet af patienter er i tilsvarende periode steget med 14,8%. I 2016 afholdte Aabenraa kommune udgifter for ca. 4,9 mio. kr. til speciale 51.

På speciale 62 er udgifterne også steget i perioden fra 2014-2016. Udgifterne på speciale 62 er steget med 26,2% i Aabenraa kommune i førnævnte periode. I 2016 afholdte Aabenraa kommune udgifter for ca. 8,3 mio. kr. på speciale 62. Antallet af patienter i perioden er steget med 8,6%.

I 2016 afholdte Aabenraa kommune udgifter for ca. 1,8 mio. kr. til Ridefysioterapi.

En af de primære årsager til udgiftsstigning på speciale 51 skal findes i en generelt vækst i antallet af patienter, hvilket har medført en stigning i antallet af behandlingsydelser. Ligeledes er der sket en stigning på holdtræningsydelserne i perioden fra 2014-2016.

På speciale 62 er det ligeledes en stigning i behandlingsydelser, der kan forklare en god del af udgiftsvæksten. Ligeledes er der sket en stigning på holdtræningsydelser for blandede hold, samt bassintræning.

Kommunal fysioterapi
Kommunen har ikke etableret tilbud om vederlagsfri fysioterapi (Sundhedslovens § 140a) på egne institutioner, andre kommuners institutioner eller private institutioner.

Kommunen har ikke i eget regi etableret tilbud om ridefysioterapi

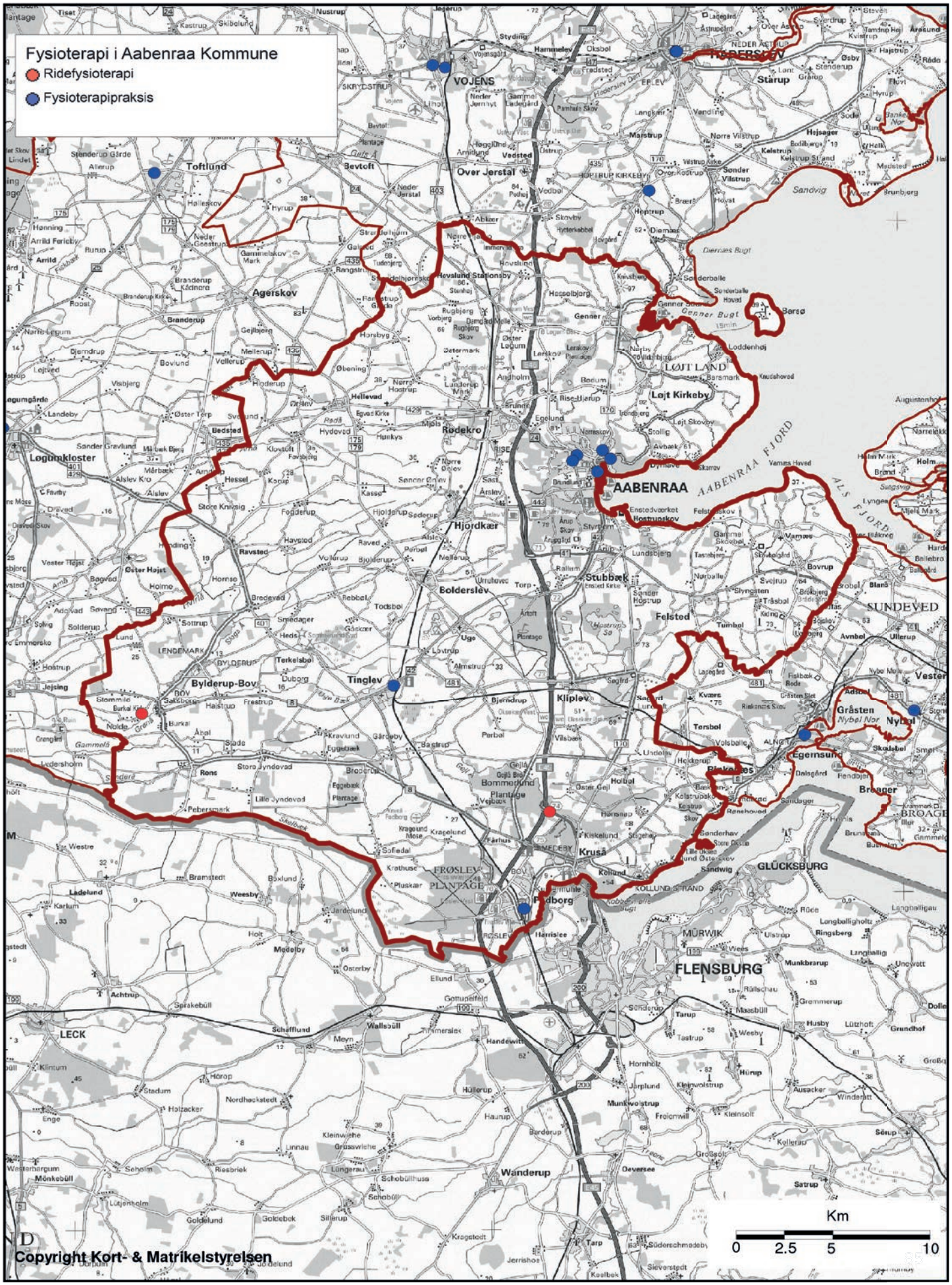
Kommunen og de praktiserende fysioterapeuter mødes to gange årligt.

Udgift pr. patient i 2016 – de fysioterapeutiske specialer

	Kommune	Regionsgennemsnit	Difference fra regionsgennemsnit
Udgift pr. patient (51)	939 kr.	876 kr.	63 kr.
Udgift pr. patient (62)	12.564 kr.	12.145 kr.	419 kr.
Udgift pr. patient (65)	15.913 kr.	13.200 kr.	2.713 kr.

Borgere pr. kapacitet 2016-2036

	2016	2026	2036
Aabenraa	58.714	57.798	57.641
Borgere pr. kapacitet	5.592	5.505	5.490


Fysioterapi i Aabenraa Kommune
Ridefysioterapi
Fysioterapipraksis
AABENRAA
Rødekro
Hjordkær
Tinglev
Bylderup-Bov
Løgumkloster
Toftlund
Agerskov
Over Jerstal
VOJENS
Starup
Løjt Kirkeby
LØJT LAND
Bolderslev
Stubbæk
Felsted
SUNDEVED
Kliplev
Krusä
Egernsund
Gråsten
Nybøl
GLÜCKSBURG
FLENSBURG
MÜRWIK
Harrislee
Wanderup
LECK
Km
0
2.5
5
10
Copyright Kort- & Matrikelstyrelsen

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

rsyd.dk

16080 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 05.2019

Region Syddanmark

Danske Regioner/ KL, 27. februar 2012

Aftale om regional afregning af vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi

Under henvisning til overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi og progressive sygdomme, § 44, stk. 6 aftaler Danske Regioner og KL's sekretariat nedenstående.

1. **Danske Regioner og regionernes opgaver:**

Regionerne og Danske Regioner varetager de administrative opgaver vedrørende vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi. Dette omfatter følgende:

- Løbende afregning og tilpasning af takstsystem
- Yderadministration
- Tilvejebringelse af statistik til brug for informations- og kontrolbestemmelser i overenskomsten
- Kommunikation og rådgivning til ydere om administrative spørgsmål
- Løbende informationsmateriale om udgiftsudviklingen
    - Materiale sendes til hver kommune i en region i elektronisk form
    - Materiale sendes den 15. i måneden hvert kvartal, når tallene for et helt kvartal er tilgængelig. Lokalt kan anden frist aftales.
    - Materialet skal indeholde oplysninger for hvert speciale (hhv. vederlagsfri fysioterapi fordelt på progressive, ikke-progressive og vederlagsfri ridefysioterapi)
    - Oplysninger opgøres for hver kommune, kvartalsvis og akkumuleret pr. år – 3 år tilbage.
    - Oplysningerne skal være i et format som kan viderebearbejdes af kommunen fx Excel.
    - Kvartalsvis sendes opgørelser på: ydelser (fx 0110 første konsultation), antal personer (antal personer - ydelse), antal ydelser (sum for anvendelsen af ydelsen) samt bruttohonorar for ydelsen.
    - Årligt sendes opgørelse med oplysninger for hver hovedgruppe af diagnoser (fx 1- medført eller arvelige sygdomme) samt undergrupper (fx 1.a. spastisk lammelse),
    - Kommune og region har derudover mulighed for at aftale yderligere informationsmateriale leveres.

Regionerne anvender pr. 1-3-2012 systemer leveret af CSC og brugerklubben til afregning og validering af ydelser leveret efter reglerne i overenskomsten. Disse systemer tilpasses løbende i dialog med Danske Regioner, KL og regionernes tekniske arbejdsgruppe for praksisområdet. Overgår administrationen til en anden leverandør, tilsikrer Danske Regioner at denne aftale kan efterleves.

Regionen sender en elektronisk faktura til kommunen vedrørende aftalen halvårligt.

2. Beregningsgrundlaget

De samlede udgifter for regionerne beløber sig for 2012 til 11.007.092 mio. kr. fordelt på nedenstående poster:

Afregning og administration	10.588.945 kr.
Løbende It drift	418.147 kr.

Beløbet reguleres i henhold til reguleringsordningen i overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi.

Pr. 1-1-2012 er der 5.559.493 gruppe 1-sikrede borgere inkl. børn i Danmark.

Gruppe 1-sikrede patienter (inkl. børn) opgøres årligt den 1. januar.

Fordelt på gruppe 1- sikrede svarer udgiften for regionerne derfor til 1,98 kr. i pr. januar 2012.

3. Kommunens opgave

Den enkelte kommune betaler årligt regionen for administrative opgaver et beløb pr. gruppe 1-sikret borger (inkl. børn), jf. punkt 2. Beløbet opkræves af regionen i to rater.

Den enkelte kommune har mulighed for at købe sig yderligere ydelser hos CSC datavarehussystem. Det drejer sig om en række moduler i CSC's datavarehussystem. Aftalen indgås direkte mellem den enkelte kommune og CSC.

4. Ikrafttrædelse, genforhandling og opsigelse af aftalen

Aftalen træder i kraft 1-3-2012.

Aftalen genforhandles i tilfælde af regelændringer, nye lovkrav eller andre udefrakommende omstændigheder, som nødvendiggør tilpasning af afregningsløsningen.

Aftalen kan opsiges med 6 måneders varsel.

5. Underskrift

For KL 29/2 2012

For Danske Regioner

RIGSPOLITIET

POLITI

Til Sekretariat for Rammeaftaler Midtjylland
Fælleskommunalt Socialsekretariat Syddanmark
Sekretariat Rammeaftale Sjælland

Dato: 19. juni 2019

Journal nr.:2019-005217

Sagsbehandler: mtb003

POLITIOMRÅDET

National Beredskabsafdeling

Beredskabsudvikling

Postadresse:
Polititorvet 14,
1780 København V

Besøgsadresse:
Ejby Industrivej 125-135,
2600 Glostrup

Telefon: 4515 3020
Telefax: 4515 0005
Mail: nba@politi.dk

Direkte telefon:
Mobiltelefon: 4174 9049
Mail: mtb003@politi.dk
www.politi.dk

Informationsnotat vedrørende det Fælles Udrykningskoncept

Baggrund

Politiet varetager til dagligt en stor opgave med at håndtere hændelser, der omfatter mødet med mennesker med psykiske lidelser. Politiet er i mange tilfælde den første myndighed, der får kontakt til borgere med psykiske lidelser og udadreagerende adfærd, hvilket betyder, at politiet ofte befinder sig i situationer, hvor der kan være behov for sundhedsfaglige kompetencer for at sikre, at der bedst muligt tages hånd om borgeren.

På den baggrund har politiet fået tildelt midler fra satspuljen til gennemførelsen af et pilotprojekt om et fælles udrykningskoncept, hvor politifolk og sundhedspersonale i samarbejde kører ud til opgaver, som er visiteret af politiets vagtcentral, og i et afstemt omfang håndterer hændelser med personer med psykiske lidelser på stedet.

Pilotprojektet startede op d. 1. januar 2019 med løbende udrulning af fire fælles udrykningsteams i fire politikredse fra d. 1. august 2019. Pilotprojektet kører i to år og forventes afsluttet juni 2021 med en efterfølgende evalueringsperiode.

Formål

Rigspolitiets vision for et fælles udrykningskoncept mellem politi- og sundhedsmyndigheder er at sikre en helhedsorienteret forståelse og tilgang til borgeren, en bedre visitering og håndtering af borgere med psykiske lidelser, der kommer i kontakt med politiet og skabe et bedre samarbejde på tværs af politi og sundhedsmyndigheder

Et fælles udrykningskoncept forventes at kunne anvendes på størstedelen af beredskabets opgaver med personer med psykiske lidelser, og at de fælles udrykningsteams kan forbedre håndteringen af hændelser fx vedrørende assistance (herunder tvangsmedicinering og transportopgaver), tvangsindlæggelser, uro og uorden, bortgåede med selvmordshensigt samt alvorlige bekymrings-sager og visse sociale sager.

De Fælles Udrykningsteams

Fra 1. august 2019 vil der løbende udrulles fire fælles udrykningsteams i henholdsvis Østjyllands Politikreds, Midt- og Vestjyllands Politikreds, Fyns Politikreds og Sydsjælland og Lolland-Falsters Politikreds. Pilotprojektet vil køre til og med 2021.

De Fælles Udrykningsteams er operative mandag til fredag i tidsrummet 10-20. Køretiden for de enkelte patruljer er en 8 timers vagt inden for ovenstående tidsrum. Vagten aftales og bestemmes lokalt mellem politi- og psykiatri.

Udrykningsteams består af to politibetjente og en psykiatrisk sygeplejeske, der står til rådighed for politiets vagtcentral i perioden og kan samtidig rekvireres af samarbejdspartnere, der har behov for politiets hjælp i forbindelse med personer med psykiske lidelser eller flere typer af udsathed (fx psykiatriske problemer og misbrug).

Aktører

Det Fælles Udrykningskoncept er et samarbejde mellem Rigspolitiet, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland, Østjyllands Politi, Midt- og Vestjyllands Politi, Fyns Politi og Sydsjælland og Lolland-Falsters Politi. Foruden ovenstående deltager Kommunernes Landsforening og Aarhus kommune i styregruppens arbejde for at sikre, at de kommunale perspektiver fra politisk og praktisk hold er inddraget.

Det Fælles Udrykningskoncept har løbende inddragelse af en række relevante aktører, herunder Politiforbundet, Dansk Sygeplejeråd, Psykiatri Alliancen, SIND, Region Hovedstaden, Region Nordjylland, m.fl.

Vagtlæger i Syddanmarks muligheder for at gøre brug af kommunale akutfunktioner

De 22 syddanske kommuner har etableret kommunale akutfunktioner, som skal styrke mulighederne for samarbejde om tidlig opsporing og behandling af sygdom samt opfølgning på hospitalsindlæggelser.

De praktiserende læger kan i deres daglige arbejde og i forbindelse med vagtlægeordningen med fordel gøre brug af de kommunale akutfunktioner, som kan foretage

Sygeplejefaglig vurdering og kommunikation, herunder

- observation og vurdering af borgeren ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet).
- sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om observationsfund
- helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.

Instrumentelle indsatser

Særligt relevant vurderes muligheden for, at de kommunale akutfunktioner på delegation kan måle forskellige bed-side analyser og foretage prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser.

Det nærmere samarbejdsaftalegrundlag er beskrevet i en samarbejdsaftale, som findes på Region Syddanmarks hjemmeside, men som udgangspunkt kan de kommunale akutfunktioner som minimum foretage følgende undersøgelser:

Bed-side analyser	Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser
Blodsukker	Urindyrkning
Blodprocent (hæmoglobin)	Podning
Infektionstal (CRP)	

Flere kommuner har mulighed for at foretage andre typer af bed-side analyser, det fremgår af nedenstående tabel.

	Yderligere bed-side analyser	Yderligere prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser
Aabenraa	Nej	Nej
Assens	Nej	Nej
Billund	Nej	Nej
Esbjerg	Nej	Nej
Faaborg-Midtfyn	Ja, vi er med i Gerikuffert projektet. I denne har sygeplejerskerne et minilaboratorium i taskenVed hjemmebesøget medbringer akut sygeplejersken en ny-udviklet GERI-kuffert, der indeholder BT måler, O2-saturation, vægt, blærescanner, og udstyr til	Jf. ovenstående

	blodprøve-analyser på stedet. Blodprøverne omfatter kreatinin, karbamid, natrium kalium, hæmoglobin, og CRP. Der kan desuden tages urin fra til D+R.	
Fanø	?	?
Fredericia	Nej	Nej
Haderslev	Nej	Nej
Kerteminde	Blodsukker (arterielt)Blodprocent, infektionstal og elektrolytter (alle 3 venøse blodprøver). Der analyseres via Istat og gives svar til egen læge inden for 5-10 minutter. Venøse blodprøver efter aftale med og ordination fra praktiserende læge.	Nej
Kolding	Blodketoner. INR	Alle former for prøver til D+R - eksempelvis pleuravæske - eller hvis Borger eksempelvis har opsamlingsbøtte til ekspektorat + rekvisition hjælper vi gerne med "opsamling".
Langeland	-	-
Middelfart	Nej	Nej
Nordfyns	Nej	ExpectoratFæces
Nyborg	I Nyborg Kommune er det udelukkende bed-side analyser i form af blodsukker, blodprocent og infektionstal (CRP).	Nej, udelukkende prøvetagning i form af urindyrkning og podninger.
Odense	CPR HgbVæsketal inkl blodglukose (ISTAT) INR Ketoner	Urin til d+r (dog skal egen læge lave rekvisition) Podning fra sår (dog skal egen læge lave rekvisition)
Svendborg	Natrium, Kalium, Kreatinin	Nej
Sønderborg	Nej	Akutteamet ligger ikke inde med remedier til andet end urinprøvetagning
Tønder	Nej	Nej
Varde	Nej kun de nævnte	Nej, og heller ikke de nævnte. Vi poder og dyrker intet.
Vejen	Nej	Nej
Vejle	Nej, det vil altid være ud fra en	Nej, det vil altid være ud fra en konkret individuel

	konkret individuel vurdering.	vurdering.
Ærø	Nej	Nej

Foruden ovenstående er der i Syddanmark indgået samarbejdsaftaler, som muliggør, at de syddanske kommuner kan varetage eller assistere i forbindelse med:

- Sondeernæring
- Parenteral ernæring
- Kateteranlæggelse og -pleje
- Pasning af dræn
- IV-behandling med antibiotika *(med undtagelse af Fredericia, Middelfart, Vejen og Vejle)*
- IV-behandling med væske *(med undtagelse af Fredericia, Middelfart, Vejen og Vejle)*
- Blodprøvetagning i eget hjem på særligt sårbare borgere *(med undtagelse af Fanø, Haderslev, Sønderborg, Tønder, Varde og Vejen)*

På Region Syddanmarks hjemmeside kan man læse mere om samarbejdet mellem praktiserende læger, sygehuse og kommunerne i Syddanmark, herunder de konkrete samarbejdsaftaler - https://www.regionsyddanmark.dk/wm277969

	Telefonnummer til akutfunktion I dagvagt	I aften og nattevagt
Aabenraa	23 44 61 56 og 23 69 55 48	Aften: 23 69 46 24, Nat:73 76 80 11 og 73 76 73 00
Assens	30 57 88 34	do
Billund	25 55 77 16	25 55 77 16
Esbjerg	76 16 56 51	76 16 56 51
Faaborg-Midtfyn	72 53 63 91/ 72 53 63 48	72 53 63 91/ 72 53 63 48
Fanø		
Fredericia	72 10 73 73	72 10 73 73
Haderslev	74 34 29 24	74 34 29 24
Kerteminde	21 38 77 73 (døgnnummer)	21 38 77 73 (døgnnummer)
Kolding	30 57 71 28	30 57 71 28
Langeland	63 51 62 45	63 51 62 45
Middelfart	20 27 32 84	Aften: 20 27 32 84 Nat: 60 20 54 14
Nordfyns	21 77 42 58	22 22 32 64
Nyborg	24 89 40 05 OBS gælder både dag OG aften	29 68 17 58 OBS gælder kun nat
Odense	23 24 28 91/23 32 27 93	23 24 28 91/23 32 27 93
Svendborg	Øst 24 47 37 46 / vest 30 67 16 18	Øst 24 47 37 46 / vest 30 67 16 18
Sønderborg	27 90 43 56 evt. 57	27 90 43 56 evt. 57
Tønder	Nord: 30 65 59 87 / Syd: 30 65 60 90	Nord: 30 65 59 87 / Syd: 30 65 60 90
Varde	40 49 66 17	40 49 66 17

Vejen	30 92 33 00	30 92 33 00
Vejle	21 52 07 91	21 52 07 91
Ærø	24 26 46 15	24 26 46 15

Kontaktoplysninger på de kommunale akutfunktioner i Syddanmark

Nyhedsbrev særlige pladser

Til samarbejdspartnere

Nyhedsbrevet vil udkomme ca. en gang i kvartalet i 2019. Det vil give relevant information og seneste nyt om de særlige pladser i Region Syddanmark.

Status på pladserne
Der er pr 2.august 2019 10 borgere indlagt på de særlige pladser i Vejle, mens der i Esbjerg er 8 borgere indlagt og yderligere reserveret én plads til en borger.

Esbjerg åbnede den 1. august de sidste pladser, således at Region Syddanmark nu har alle 32 særlige pladser til rådighed for kommunerne

Der er i 2019 blevet sendt 16 anmodninger - 11 af dem i 2. kvartal - om indstilling til en særlig plads. Heraf er blot én ikke blevet indstillet.

Hvor kommer patienterne fra?
En monitorering for 2. kvartal viser, hvor de 11 patienter - der i denne periode er blevet indstillet til en særlig plads - kommer fra.

Botilbud § 107: 1
Botilbudslignende tilbud efter ABL §105: 1
Forsorgshjem/herberg efter § 110: 2
Eget hjem: 1
Psykiatrisk Afdeling: 2
Hjemløse: 4

Patientstatus i de andre regioner:
Region Hovedstaden: 23 ud af 32 pladser i brug - derudover er 1 reserveret, mens der i løbet af efteråret 2019 etableres yderligere 15 pladser.

Region Sjælland: 20 ud af 23 pladser i brug.

Region Midtjylland: 19 ud af 32 pladser i brug

Region Nordjylland: 10 ud af 16 pladser i brug

Ny skabelon på hjemmesiden
Vi vil som altid opfordre til, at I holder jer orienteret på hjemmesiden www.psykiatrienisyddanmark. dk/særligepladser.

Senest har vi i samarbejde med en kommunal repræsentant lavet en skabelon til en samlet plan, man frit kan benytte.

Fokus på somatiske sygdomme
På de særlige pladser er der systematisk fokus på patienternes fysiske tilstand. Det har resulteret i, at flere patienter har fået forøget deres livskvalitet.

De får mindre medicin, mere motivation og succeserne betyder også en øget relation til personalet, som kan gavne den psykiatriske behandling.

- Vi er helt fast begyndt at gennemgå vores patienters fysiske tilstand, når de indskrives. Vi fandt eksempelvis ud af, at samtlige af de indlagte har problemer med tænderne, og at de alle var faldet ud af behandlingen hos tandlægen. En havde så dårlige tænder, at tyggefunktionen er væk, men det er lykkedes os at få ham i behandling hos den regionale tandlæge, siger overlæge på de særlige pladser i Vejle Inge Birkemose.

Det gjorde det muligt for patienten at spise mere sund mad, og på den måde kan man arbejde sig tættere og tættere på en så sund livsstil som muligt.

- Vi giver vores patienter motivation og livskvalitet, når vi optimerer deres fysiske tilstand. Vi har også flere patienter med KOL, og vi ved, at det kan være voldsomt angstfremkaldende ikke at kunne få vejret. Så vi startede et samarbejde med lungemedicinerne, så vi kunne få styr på sygdommen.

Kan lette den psykiatriske behandling
Det er ideelt at få styr på fysiske udfordringer, fordi de kan lette den psykiatriske behandling.

- Vi får hele tiden nogle små succeser med patienterne, og de kan se, at vi ikke vil dem ondt. Mange er paranoide, og det tager også tid at få dem til tandlægen, fordi de ikke kender stedet. Men langsomt opbygges tilliden, forklarer Inge Birkemose.

- Vi oplever også, at patienterne har motivation for og ønsker til at tabe sig eller stoppe med at ryge, og det arbejde bruger vi til at skabe og forbedre vores relation med patienterne.

Alt det arbejde har for flere patienters vedkommende betydet, at de tager væsentlig mindre medicin, end da de blev indskrevet. Derudover har afsnittet sat i værk, at der fast er en farmaceut, der vurderer den enkelte patients medicinsammensætning.

- Vores farmaceut gennemgår alt deres medicin. Det er ofte meget komplekse patienter, der tager mange ting, og noget medicin kan forstærke eller dæmpe effekten af psykofarmakaen.

- Vi har haft held til at forbedre behandlingen og mindske medicinen. Blot fordi vi ændrer på den somatiske behandling, mindsker vi brugen af psykofarmaka og dermed bivirkningerne, medicinen kan give siger hun.

5. juli 2019

Ny konstruktion omkring særlige pladser

KL's direktion har tilkendegivet at ville igangsætte drøftelser med henblik på at ændre konstruktionen omkring de særlige pladser. Socialdirektørforum i Syddanmark er enige med KL's direktion om vigtigheden af at igangsætte en drøftelse af psykiatriområdet med den nye regering og bakker op om ønsket om at ændre konstruktionen omkring de særlige pladser.

I Syddanmark er vi enige om, at der er behov for de særlige psykiatripladser, men kommunerne oplever, at der på de særlige pladser ikke er overensstemmelse mellem udbud og efterspørgsel. Derfor er der i Syddanmark en række ubrugte pladser. Idet kommunerne betaler for såvel fyldte som tomme pladser, opleves konstruktionen som meget omkostningstung, og den skaber ikke den ønskede værdi for syddanske borgere med psykisk sygdom. Selvom vi har ledig kapacitet på særlige pladser, oplever vi et stort pres på retspsykiatriske pladser.

Kommunerne i Syddanmark ser positivt på en ny konstruktion af området og ønsker en ordning, hvor midlerne anvendes til at hjælpe borgere med psykisk sygdom der, hvor de skaber størst værdi. Kommunerne i Syddanmark har også tidligere påpeget, at den nuværende konstruktion omkring de særlige pladser er uhensigtsmæssig.

Der ønskes større fleksibilitet omkring anvendelsen af de særlige pladser, idet behov og målgrupper ændrer sig. Antallet af pladser skal derfor løbende kunne tilpasses, så udbuddet er i overensstemmelse med efterspørgslen. Vi har god tradition for at regulere antallet af pladser via rammeaftalen og lægger således op til, at tilpasningen af pladser lægges ud til kommunerne i et samarbejde med regionerne. Ved at frigive overskydende kapacitet på særlige pladser vil der være mulighed for at anvende psykiatripladserne de steder, hvor der er størst behov for dem. I Syddanmark er vi opmærksomme på, at presset på de retspsykiatriske pladser er voldsomt, og en del af de særlige pladser kunne derfor med fordel omlægges til udvidelse af kapaciteten her.

Vi ser frem til at høre nærmere om, hvad KL´s bestyrelse drøfter på dette felt i den kommende tid.

Med venlig hilsen

Lise Willer, Formand for Socialdirektørforum i Syddanmark

Praksisplan for almen praksis – 2020- 2023

1 Indholdsfortegnelse

Praksisplan for almen praksis – 2020- 2023 1
1 Indholdsfortegnelse 1
2 Indledning 1
3 Forord 1
4 Baggrund og lovgrundlag 2
5 Sammenhæng til andre planer/aftaler 2
6 Almen praksis rolle i sundhedsvæsenet 3
7 Vision for sundhedsaftalen 5

UDKAST

MÅLSÆTNINGER
Vi arbejder for bedre overgange for:

Mennesker med psykiske lidelser

- Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 15% for psykiatriske patienter.
- Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage* på sygehusene til 1 dag for psykiatriske patienter.
- Vi vil reducere overdødeligheden blandt borgere med psykiske lidelser til maksimalt XX%**.

Ældre borgere

- Vi vil reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 per 1000 ældre.

Mennesker med kronisk sygdom

- Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type 2- patienter til maksimalt 270 per 1000 diabetes type 2-patienter.
- Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 380 per 1000 KOL-patienter.
- Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10% for somatiske patienter.
- Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage* på sygehusene til 1 dag for somatiske patienter.

MÅLSÆTNINGER
Vi sikrer sammenhæng til:

Uddannelsesområdet

- Vi vil sikre, at andelen af unge med psykiske lidelser, som er tilknyttet til en uddannelse, er øget til minimum XX%*

Arbejdsmarkedet

- Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 82%.
- Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 51%.

* Færdigbehandlede patienter er patienter, som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandlingen er afsluttet eller indlæggelsen er ikke en forudsætning for den videre behandling.

** Måltallet fastsættes, når første måling på indikatoren offentliggøres i forbindelse med næste afrapportering på de otte nationale mål, forventeligt medio 2019.

....7

7.1 Betydning i almen praksis 8

7.2 Virkemidler i Sundhedsaftalen 2020 -2023 8

7.2.1 Sæt borgeren først 8
7.2.2 Nye samarbejdsformer 8
7.2.3 Mest mulig sundhed for pengene 9
8 Tværgående temaer 9
8.1 Ulighed i sundhed 9
8.2 Opsporing og forebyggelse 10
8.3 Helhedsorienteret og koordineret indsats 10
8.4 Forstærket samarbejdet og kommunikationen mellem almen praksis og kommunerne 10
8.5 Den trygge overgang mellem sygehus og almen praksis 11
8.6 Samarbejde om anvendelse af FMK 11
9 Indsatsområder 12
9.1 Rygning 12
9.1.1 Fokus på rygestop i almen praksis 12
9.1.2 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud 12
9.1.3 Systematisk tilgang til forebyggelse af ryge-debut 13
9.2 Overvægt 13
9.2.1 Tidlig opsporing af overvægt hos børn, unge og voksne 13
9.2.2 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud 13
9.2.3 Samarbejde og kommunikation med sundhedsplejen 14
9.3 Børn og unge i mental mistrivsel 14
9.3.1 Fokus på tidlige tegn på mistrivsel og familier i krise 14
9.3.2 Lokalaftale om Socialmedicinske hjemmebesøg samt Lokalaftale om Samtaleterapi og krisesamtale 15
9.3.3 Tættere samarbejde med kommunernes børne- og ungeområde 15
9.3.4 Tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien 16
9.3.5 Særlig indsats til forebyggelse og behandling af dårlig mental trivsel for teenagere 16
9.3.6 Samarbejde med og henvisning til kommunale tilbud 16
9.3.7 Udvikling af e-kommunikation 16
9.4 Mennesker med kroniske lidelser 16
9.4.1 Systematisk indsats for patienter med kroniske sygdomme 17
9.4.2 Styrket samarbejde mellem AP og kommunal akutsygepleje 17
9.4.3 Den trygge overgang fra sygehus til almen praksis 17

UDKAST

9.4.4 Implementering af lokalaftale om forebyggelse af akutte indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser 18
9.5 Ældre medicinske patienter 18
9.5.1 Implementering af lokalaftaler om hjemmebesøg 18
9.5.2 Styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunal akutsygepleje 18
9.5.3 Styrket samarbejde mellem kommunal akutsygepleje og vagtlæge 18
9.5.4 Den trygge overgang mellem sygehus og almen praksis 19
9.5.5 Udbredelse af telemedicinske løsninger til understøttelse af behandling 19
9.6 Samarbejde om sikker medicinering 19
9.6.1 Sikre patientforløb og sektorovergange: almen praksis - sygehus 19
9.6.2 Samarbejde om brugen af FMK 19
9.7 Mennesker med psykisk sygdom 20
9.7.1 Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler 20
9.7.2 Lokalaftale om somatisk helbredsundersøgelse 20
9.7.3 Specialistrådgivning fra psykiatrien, herunder medicinrådgivning 20
9.7.4 Udbredelse af muligheden for akut udredning for mennesker med en psykisk lidelse 20
9.8 Borgere på kanten af arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet 20
9.9 Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler 21
9.9.1 Fokus på anvendelsen af sygemeldinger 21
9.9.2 Understøttende e-kommunikation 21
9.10 Tilgængelighed 21
9.10.1 Undersøgelse af tilgængelighed i almen praksis 21
10 Implementerings- og tidsplan 22
10.1 Plan for implementering af indsatserne i Praksisplanen 22
11 Del 2: Kapacitet i almen praksis 22

UDKAST

2 Indledning

Hermed præsenteres Praksisplan for almen praksis 2020 – 2023 for Region Syddanmark.

Planen er delt i to: en politisk indsatsdel og en mere beskrivende kapacitetsdel.

I den politiske indsatsdel præsenteres sammenhængen til sundhedsaftalen, herunder visionen for sundhedsaftalen, der sætter den værdimæssige ramme om det tværsektorielle samarbejde i den kommende fire års periode, samt de konkrete temaer og indsatser, som Praksisplanudvalget ønsker at prioritere i perioden.

Kapacitetsdelen indeholder beskrivelser og analyser af almenlægeområdet i Region Syddanmark, herunder lægedækning, praksisformer mv. Desuden gennemgås hver enkelt kommune som planlægningsområde for lægedækning mht. kapacitet, befolkningsudvikling og praksisstruktur.

De enkelte dele af praksisplanen kan som udgangspunkt læses uafhængigt af hinanden, men samtidig hænger planen sammen som en helhed dvs. den skal forstås både i relation til analyserne, visionerne og gennemgangen af almen praksis i de enkelte kommuner.

3 Forord

Samarbejde mellem praktiserende læger, kommuner og sygehuse i Syddanmark bygger på et godt fundament. I den foregående praksisplanperiode er der indgået flere lokalaftaler, som er til gavn for den enkelte borger. Det er f.eks. rammeaftale om telemedicin, som giver mulighed for, at samarbejdet omkring den enkelte borgers forløb kan smidiggøres og der er opnået gode erfaringer med at de praktiserende læger fasttilknyttes til de kommunale plejecentre. Der udover er der indgået aftaler om særlige hjemmebesøg som blandt andet hjælper til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Aftaler som der fortsat skal være fokus på i den kommende periode, ikke mindst for at sikre den nære implementering af aftalerne, så de kommer borgerne til gavn.

Vi ønsker med praksisplanen at medvirke til at videreudvikle de gode rammer for samarbejdet på tværs af praktiserende læger, kommuner og sygehuse. Vores fælles værdier bygger på faglighed ansvarlighed, respekt og gensidig læring, og disse værdier vil vi bruge som fundament for udviklingen af samarbejdet.

I de kommende år står vi overfor en række udfordringer, som vil presse sundhedsvæsenet. Det handler særligt om:

- At der kommer flere ældre borgere
- Flere borgere lever med kroniske sygdomme
- Flere borgere lever med – og efter kræft
- Flere borgere har psykiske lidelser

Samtidig med at antallet af ovenstående grupper stiger, sker der en konstant udvikling af opgaveløsningen mellem de tre parter, da sygehusene bliver stadigt mere specialiserede, og flere opgaver skal løses i det nære sundhedsvæsen- i borgerens eget hjem, i kommunerne og hos de praktiserende læger.

Denne udvikling udfordrer vores sædvanlige måder at arbejde og samarbejde på. Vi skal derfor tænke innovativt og klogt, hvis vi fortsat skal have, og udvikle et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

UDKAST

Praksisplanen skal medvirke til at sikre, at der sker den fornødne udvikling af vores samarbejde og opgaveløsning , så udfordringerne kan håndteres og vi stadig kan levere et godt, stærkt og samlet sundhedstilbud til borgerene i regionen.

Vi har i planen særligt fokus på de målgrupper, som er prioriteret i Sundhedsaftalen 2019-2023, men vi er også opmærksomme på, at der løbende opstår behov for at indgå samarbejder på andre områder.

4 Baggrund og lovgrundlag

Gennem ændring af Sundhedsloven i 2014 blev almen praksis forpligtet til at udøve sin virksomhed i overensstemmelse med Sundhedsaftalen. Samtidig blev det i loven fastsat, at der i der i hver regional og kommunal valgperiode skal nedsættes et Praksisplanudvalg for almen praksis, som skal udarbejde en praksisplan for almen praksis

Praksisplanen skal beskrive hvilke opgaver almen praksis skal varetage, samt snitflader til det øvrige sundhedsvæsen, herunder sikre sammenhæng til den kommunale indsats for f.eks. borgere med kronisk sygdom og ældre, medicinske patienter. Praksisplanen skal således medvirke til at sikre sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet.

Praksisplanen skal endvidere indeholde overvejelser om lægekapacitet og den fysisk placering af ydernumre for således at bidrage til at sikre, at den nødvendige lægedækning er til stede i hele Region Syddanmark.

5 Sammenhæng til andre planer/aftaler

Praksisplanen 2020-2023 har sammenhæng til strategier, planer og aftaler på sundhedsområdet i Region Syddanmark.

Sundhedsaftalen

Vision og målsætninger for Sundhedsaftalen 2019 – 2023 udgør den overordnede politiske ramme for fokus og indsatser i Praksisplanen, således at praksisplanen udgør fundamentet for at almen praksis kan medvirke til at indfri visionen i sundhedsaftalen.

De faglige forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler, der er udarbejdet i henhold til sundhedsaftalerne, udgør ligeledes et fundament for den indsats, som parterne i sundhedsvæsenet hver især skal levere som en del af udmøntningen af såvel sundhedsaftalen som praksisplanen.

Udviklingen i sundhedsvæsenet og det tværsektorielle samarbejde kan i løbet af planperioden for såvel sundhedsaftale som praksisplan afstedkomme behov for at nye udfordringer adresseres og løftes i det tværsektorielle samarbejde. Indeværende praksisplan er derfor ikke udtømmende i forhold til hvad Praksisplanudvalget kan og vil arbejde med i den kommende periode, idet der skal være plads til tilpasning til den til enhver tid værende udvikling og behov.

Regionens sundhedsplan

Regionsrådet har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling i almen praksis, og praksisplanen er i den forbindelse en del af regionens sundhedsplan og skal ses i sammenhæng med denne.

UDKAST

Overenskomst om almen praksis 2018

Overenskomst om almen praksis 2018 beskriver den ramme, som almen praksis skal arbejde indenfor. Overenskomsten fastsætter betingelserne for almen praksis, samt hvilke ydelser, det er aftalt, at de praktiserende læger skal levere. Overenskomsten har dermed betydning for, hvilke opgaver, det kan forventes, at de praktiserende læger løser i forhold til indsatserne i praksisplanen.

Overenskomst om almen praksis 2018 har et særligt fokus på indsatsen for sårbare grupper og de to store kronikergrupper, som udgøres af patienter med KOL og diabetes type 2. Disse særlige fokusområder afspejles også i de prioriterede indsatser i praksisplanen, således at der er sammenhæng mellem de indsatser, der igangsættes som følge af henholdsvis overenskomst 2018 og praksisplanen.

Lokalaftaler for almen praksis

Lokalaftaler indgås af Praksisplanudvalget og supplerer overenskomsten.

Lokalaftalerne beskriver hvilke opgaver, udover overenskomsten, parterne lokalt i Praksisplanudvalget er blevet enige om, at lægerne i Syddanmark skal udføre og prioritere. I Praksisplanen henvises flere steder til lokalaftaler, der kan understøtte indfrielsen af visionerne i sundhedsaftalen, ligesom der i praksisplanen kan angives, at der for et givent område skal udarbejdes en ny lokalaftale. Praksisplanen sætter ligeledes flere steder fokus på den lokale implementering af lokalaftalerne.

6 Almen praksis rolle i sundhedsvæsenet

Den praktiserende læge har en central placering i sundhedsvæsenet.

Den praktiserende læge er oftest patientens første kontakt med sundhedsvæsenet og varetager den initiale udredning og behandling. Den praktiserende læge henviser til behandling ved speciallæger og sygehuse, hvis der er behov for specialiseret behandling, hvorved almen praksis også får en rolle som gatekeeper i forhold til ydelserne i det specialiserede sundhedsvæsen

Den praktiserende læge fungerer endvidere som tovholder for- og koordinator i patientens forløb, og har en vigtig rolle og et særligt ansvar for at sikre koordination og sammenhæng i den samlede indsats for patienten.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Med det øgede fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har samarbejdet mellem almen praksis og særligt kommunerne fået et styrket fokus i det tværsektorielle samarbejde. Dette øger kravene til kommunikation og koordinering mellem almen praksis og kommunerne, særligt det traditionelle samarbejde med den kommunale sygepleje, men også i forhold til den bredere omsorgs- og hjælpeindsats i kommunerne: f.eks. på børne- og ungeområdet og i regi af jobcentrene.

Med initiativerne omkring det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, samt Overenskomst om almenpraksis 2018 er der samtidig kommet et øget fokus på lægens populationsansvar.

Hermed forstås, at den praktiserende læge skal have en helhedsorienteret tilgang til patientens sygdom og sundhed i bred forstand, således at lægen i konsultationen ikke blot har fokus på den sygdom eller det symptom, som patienten henvender sig med, men ser på patientens samlede helbredstilstand, og indtænker denne i forhold til forebyggelse og behandling.

UDKAST

Ligeledes indebærer populationsansvaret et øget fokus på tidlig indsats og opsporing samt forebyggelse af sygdom hos patienterne. Dette kan komme til udtryk gennem systematisk opsporing og indkaldelse af bestemte patientgrupper til konsultation, f.eks. årlig kontrol af patienter med kroniske lidelser, men også via øget fokus på henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.

Kompetenceudvikling og specialistrådgivning

I det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er der også fokus på, at sundhedsopgaverne skal løses så tæt på borgerne som muligt, under hensyntagen til den nødvendige specialiseringsgrad. Dette nødvendiggør et tæt samarbejde mellem almen praksis og sygehusene for at sikre, at der ikke går væsentlig viden tabt ved overgangen for den enkelte patient.

For at sikre de rette kompetencer i almen praksis til at løfte opgaverne i det nære sundhedsvæsen er det vigtigt at have fokus på kontinuerlige tilbud om efteruddannelse for de praktiserende læger og deres personale, således at der findes de nødvendige og opdaterede kompetencer i almen praksis til at løse de til enhver tid aftalte opgaver. Samtidig skal sygehusene sikre, at almen praksis har adgang til specialistrådgivning fra sygehusene, så de praktiserende læger har de bedste muligheder for at varetage patientbehandlingen og dermed medvirke til at forebygge at patienter, der med råd og vejledning kan behandles i almen praksis, henvises unødvendigt til behandling på sygehusene.

Aftalt opgaveoverdragelse

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse behandlingsopgaver, som i dag varetages i en sektor, helt eller delvis fremadrettet kan varetages i en anden. Det såvel ud fra et hensyn til patientens tarv og forløb samt opgaveløsning på laveste effektive omkostningsniveau.

Parterne bag Praksisplanen er enige om, at såfremt opgaver skal flyttes fra sygehus eller kommune til almen praksis, skal det ske på aftalt og planlagt vis[1] og efter beslutning i de relevante fora og ikke som uaftalt opgaveglidning. Endvidere skal der foreligger klare aftaler om evt. nødvendig kompetenceudvikling af de praktiserende læger og praksispersonalet i forbindelse med overdragelsen.

Samtidig er der enighed om at der fortsat skal være rum for, at mindre justeringer i arbejdsdelingen kan ske gennem den løbende dialog i det daglige samarbejde mellem almen praksis og f.eks. sygehusene.

7 Vision for sundhedsaftalen

Der er i Sundhedsaftalen 2019-2023 vedtaget en overordnet vision om at styrke det tværsektorielle samarbejde, skabe mere lighed i sundhed og i fællesskab udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Den overordnede vision for sundhedsaftalen udfoldes i tre visionsområder med tilhørende målsætninger, som er koblet til de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet.

[1] Jf. " Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse" aftalt under Sundhedsaftalen 2015-2018

UDKAST

Visioner i Sundhedsaftalen 2019-2023

Vi samarbejder om at skabe lighed i sundhed og udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

- **Vi samarbejder om forebyggelse for:**
  - Et røgfrit Syddanmark
  - Færre overvægtige
  - Mental trivsel og sundhed blandt børn og unge
- **Vi arbejder for bedre overgange for:**
  - Mennesker med psykiske lidelser
  - Ældre borgere
  - Mennesker med kronisk sygdom
- **Vi sikrer sammenhæng til:**
  - Uddannelsesområdet
  - Arbejdsmarkedet

MÅLSÆTNINGER
Vi samarbejder om forebyggelse for:

Et røgfrit Syddanmark

Vi vil reducere andelen af unge (16-24 år), der ryger dagligt til maksimalt 10%.

Vi vil reducere andelen af daglige rygere til maksimalt 13%.

Færre overvægtige

Vi vil reducere andelen af børn og unge (6-16 år) med overvægt og svær overvægt til maksimalt:

	Overvægt	Svær overvægt
6-8 år	8,8%	2,0%
9-13 år	13,5%	3,0%
14-16 år	13,1%	3,4%

Vi vil reducere andelen af unge og voksne (16 år+) med moderat og svær overvægt til maksimalt 43% for kvinder og 58% for mænd.

Mental trivsel og sundhed blandt børn og unge

Vi vil reducere andelen af unge (16-24 år) med dårlig mental trivsel til maksimalt 8% for mænd og 16% for kvinder.

MÅLSÆTNINGER
Vi arbejder for bedre overgange for:

Mennesker med psykiske lidelser

- Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 15% for psykiatriske patienter.
- Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage* på sygehusene til 1 dag for psykiatriske patienter.
- Vi vil reducere overdødeligheden blandt borgere med psykiske lidelser til maksimalt XX%**.

Ældre borgere

- Vi vil reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter til maksimalt 35 per 1000 ældre.

Mennesker med kronisk sygdom

- Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af diabetes type 2- patienter til maksimalt 270 per 1000 diabetes type 2-patienter.
- Vi vil reducere antallet af akutte indlæggelser af KOL-patienter til maksimalt 380 per 1000 KOL-patienter.
- Vi vil reducere antallet af akutte genindlæggelser inden for 30 dage til maksimalt 10% for somatiske patienter.
- Vi vil reducere antallet af færdigbehandlingsdage* på sygehusene til 1 dag for somatiske patienter.

MÅLSÆTNINGER
Vi sikrer sammenhæng til:

Uddannelsesområdet

- Vi vil sikre, at andelen af unge med psykiske lidelser, som er tilknyttet til en uddannelse, er øget til minimum XX%*

Arbejdsmarkedet

- Vi vil sikre, at andelen af somatisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 82%.
- Vi vil sikre, at andelen af psykisk syge, som fastholdes på arbejdsmarkedet er øget til minimum 51%.

* Færdigbehandlede patienter er patienter, som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandlingen er afsluttet eller indlæggelsen er ikke en forudsætning for den videre behandling.

** Måltallet fastsættes, når første måling på indikatoren offentliggøres i forbindelse med næste afrapportering på de otte nationale mål, forventeligt medio 2019.

7.1 Betydning i almen praksis

Almen praksis har en særlig rolle i forhold til at indfri visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen, da almen praksis har en langt bredere kontakt til befolkningen, end de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Almen praksis har over et år kontakt med hovedparten af de patienter, der er tilmeldt praksis. Omkring 85 pct. af danskerne er årligt i kontakt med deres alment praktiserende læge og på en treårig periode er 96 pct. af hele befolkningen i kontakt med lægen[2].

Samtidig er patienterne typisk tilknyttet den samme praksis over en lang årrække, hvilket, sammen med den brede kontakt med befolkningen som helhed, giver den praktiserende læge et særligt kendskab til borgerens sygdomshistorik og generelle helbredsudfordringer.

Det betyder, at almen praksis har en særlig position og kontaktflade til befolkningen i forhold til at varetage opgaver relateret til tidlig opsporing og forebyggelse, men også i forhold til at se og reagere på ændringer i tilstanden for patienter i de længerevarende behandlingsforløb, og dermed medvirke til at forebygge indlæggelse af såvel patienter med kroniske sygdomme som ældre patienter.

Yderligere fungerer almen praksis som tovholder og koordinator for patienten i mødet med det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis henviser til såvel sygehusbehandling som øvrige sundhedstilbud, koordinerer indsatsen og varetager ofte den opfølgende indsats. Almen praksis har dermed en central rolle i de tværgående patientforløb og kan medvirke til at skabe gode overgange for patienterne.

7.2 Virkemidler i Sundhedsaftalen 2020 -2023

Virkemidlerne i Sundhedsaftalen skal beskrive, hvordan de fælles visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen omsættes til konkret virkelighed. For at sikre sammenhæng mellem Sundhedsaftalen og Praksisplanen beskriver følgende afsnit, hvordan virkemidlerne i Sundhedsaftalen skal indtænkes i almen praksis.

7.2.1 Sæt borgeren først

Den rigtige behandling tager udgangspunkt i borgerens individuelle udfordringer og behov. Derfor skal behandlingen i almen praksis altid tage udgangspunkt i den enkelte patient. Patienten skal involveres i sit eget behandlingsforløb, og familien og de pårørende skal, når de giver mening, også involveres. Formålet er at skabe et behandlingsforløb, hvor patienten føler sig tryg og hørt, med den praktiserende læge som et stærkt anker, der garanterer faglighed og professionalisme.

7.2.2 Nye samarbejdsformer

Med henblik på at udnytte ressourcerne i almen praksis bedst muligt skal det tværsektorielle samarbejde udvikles, så nye metoder og samarbejdsmønstre afprøves og mulighederne for elektronisk kommunikation, videokonferencer og øvrige digitale muligheder forberedes, afprøves og tages i brug.

Behovet for udvikling af effektiviteten og samarbejdet i det nære sundhedsvæsen afføder behov for, at der i planperioden indgås nye aftaler, afprøves nye samarbejdsmønstre, at arbejdsgange digitaliseres, at nye digitale redskaber implementeres og at god praksis udbredes fra den enkelte kommune til hele regionen.

[2] Sundheds- og ældreministeriets analyse 2016: Befolkningens kontakter til almen praksis

7.2.3 Mest mulig sundhed for pengene

I det brede sundhedsvæsen arbejder man efter LEON[3]-princippet, der handler om at sikre mest muligt sundhed for færrest mulige ressourcer. De praktiserende læger kan ligeledes arbejde med det formål at skabe så meget sundhed som muligt, med de ressourcer der er til rådighed. De praktiserende læger bør i videst muligt omfang samarbejde bredt, se fordomsfrit på opgaveløsningen og have fokus på sundhedsgevinster, når de arbejder.

Samtidig kan de praktiserende læger også indtænke den interne arbejdsdeling mellem læge og praksispersonale ved tilrettelæggelse af opgavevaretagelsen i praksis, for herigennem at udnytte ressourcerne bedst muligt, og løse opgaverne på det lavest effektive omkostningsniveau. [4]

8 Tværgående temaer

De tværgående temaer, som beskrives nedenfor, betegner temaer af overordnet karakter, der går på tværs af indsatsområder og målgrupper. De tværgående temaer skal generelt skal være i fokus ved implementeringen/udmøntningen af Praksisplanen og skal holdes for øje, uanset hvilken målgruppe eller indsats der i øvrigt er i fokus.

Et eksempel på et tværgående tema er "ulighed i sundhed" som skal indtænkes uanset om en konkret indsats handler om forebyggelse af overvægt, systematisk kronikerindsats eller mental sundhed for børn og unge. På sammen vis kan en konkret indsats falde ind under flere tværgående temaer – f.eks. skal der i forbindelse med forebyggelse af overvægt både indtænkes ulighed i sundhed, helhedsorienteret og koordineret indsats og kommunikation og samarbejde mellem kommune og almen praksis.[5]

8.1 Ulighed i sundhed

Parterne bag Praksisplanen er enige om, at praksisplanen skal bidrage til, at almen praksis kan prioritere mest hjælp til de borgere, der har det største behov.

Sammen med de øvrige aktører på sundhedsområdet har almen praksis ansvar for, at de mest udsatte og syge patienters sygdomme opdages tidligt, og at de på lige fod med andre patienter modtager den rette behandling. Det drejer sig f.eks. om sindslidende, sårbare ældre, kronikere og socialt udsatte. Almen praksis har nært kendskab til patienterne og deres familiers situation, og har derfor gode forudsætninger for at identificere sygdomme hos socialt udsatte og sårbare patientgrupper. Større lighed i sundhed fordrer at almen praksis retter særligt fokus på denne gruppe.

Det er nødvendigt at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne for at sikre de bedste resultater af det fortsatte fokus på ulighed i sundhed. I det enkelte patientforløb skal den praktiserende læges indsats understøttes af kommunale og regionale tilbud fra det tidspunkt, hvor den praktiserende læge identificerer behovet for forebyggelse og behandling, gennem behandlingsforløbet og i den efterfølgende genoptræning og rehabilitering.

---

[3] Lavest Effektive omkostnings Niveau

[4] Set i lyset af de politiske tilkendegivelser vedrørende blandt andet praksisstørrelse og organisering, tænker jeg at det vil være naturligt at sløjfe denne tilføjelse. Så vidt jeg husker, er det heller ikke et forslag, vi har drøftet.

[5] Evt ikke med

8.2 Opsporing og forebyggelse

Indfrielse af sundhedsaftalens visioner og målsætninger om reduktion af antallet af rygere, antallet af unge der begynder at ryge og antallet af overvægtige børn, unge og voksne, forudsætter et veltilrettelagt og effektivt samarbejde om opsporing og forebyggelse i det nære sundhedsvæsen.

I praksisplanperioden vil der derfor blive udviklet en tydelig arbejdsdeling og tæt dialog mellem kommuner og almen praksis indenfor forebyggelsesområdet. Det kan ske gennem vedvarende dialog i KLU.

Samtidig skal den enkelte praktiserende læge have fokus på opsporing og forebyggelse i sit daglige arbejde med patienterne. Den praktiserende læge systematiserer og strukturerer det forebyggende arbejde og tilpasser det populationen, så også de svage og sårbare patienter tilgodeses.

8.3 Helhedsorienteret og koordineret indsats

Hvis sundhedsaftalens visioner og målsætninger på særligt børne- og ungeområdet skal opfyldes, skal der prioriteres en helhedsorienteret og koordineret indsats, der ikke blot fokuserer på det enkelte individ, men også inddrager patientens familiesituation i forebyggelse og behandling. For at opnå de ønskede ændringer i barnet/den unges helbredstilstand er det oftest nødvendigt med en indsats, der har fokus på familien som helhed.

Samtidig er koordinering af mål og indsatser mellem kommune og almen praksis ofte afgørende for, at patienten får den rette behandling på det rette tidspunkt, idet kommuner og almen praksis har hver deres indgange til borgere, familier og patienters liv og sygdom, og hver deres viden om patienten.

Det er derfor vigtigt, at alle parter indtænker og involverer de relevante samarbejdsparter tidligt i behandlingsforløbene for at sikre det optimale udbytte af indsatsen.

8.4 Forstærket samarbejdet og kommunikationen mellem almen praksis og kommunerne

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen øger i stigende grad behovet for sammenhæng, koordinering og kommunikation mellem almen praksis og kommunerne. Almen praksis kontakt til kommunerne spænder fra det traditionelle samarbejde med den kommunale ældre- og sygepleje, over jobcentre og arbejdsmarkedsområdet, til forebyggelses- og børne- og ungeområdet.

God koordinering af indsats, mål og samarbejde mellem kommuner og almen praksis kræver gode muligheder for kommunikation mellem parterne blandt andet i form af form af elektronisk understøttet kommunikation.

Der vil derfor i den kommende periode blive arbejdet for at udvikle infrastruktur og rammer for effektiv kommunikation mellem kommuner og almen praksis om den enkelte patients sygdomsforløb. Der vil også blive arbejdet på at skabe effektive og lettilgængelige muligheder for elektroniske konferencer og møder.

Særligt foreligger der dog stadigt i kommunalt regi en stor udviklingsopgave på dette felt, ligesom der kan være juridiske barrierer for let udveksling af information om patienterne på tværs af almen praksis og kommunerne.

UDKAST

Disse barrierer må dog ikke stå i vejen for, at der løbende arbejdes på at forbedre den daglige kommunikation mellem parterne. I denne sammenhæng er KLU et væsentligt forum til at drøfte, hvordan der sikres tilstrækkelige kommunikation og koordinering mellem kommune og almen praksis.

8.5 Den trygge overgang mellem sygehus og almen praksis

Gennem de seneste år er der sket en udvikling, hvor patienter med behov for indlæggelser generelt er indlagt i kortere tid end tidligere og en større del af opfølgningen, både efter indlæggelser og i ambulante forløb, er lagt ud i almen praksis.

Den udvikling er også slået igennem i Overenskomst om Almen praksis 2018 hvor opfølgning for patienter med KOL og/eller Diabetes type 2, samt patienter med urologisk kræft er blevet flyttet fra sygehusambulatorierne til almen praksis.

Denne udvikling øger behovet for koordinering mellem sygehus og almen praksis for alle patienter med behov for opfølgning, men gælder i særlig grad patienter med gentagne indlæggelser, længerevarende sygdom, eller komplekse sygdomsbilleder, samt de mest sårbare patientgrupper.

Hvis Sundhedsaftalens mål om reduktion af genindlæggelser skal indfris, er der derfor behov for at styrke koordinationen mellem sygehus og almen praksis. Det igangværende arbejde med forbedrede epikriser og øget adgang til specialistrådgivning kan bidrage til dette, men det kan ikke stå alene.

Der vil derfor i perioden blive arbejdet på at videreudvikle samarbejdet og kommunikationen mellem almen praksis og sygehusene..

8.6 Samarbejde om anvendelse af FMK

På medicinområdet udgør implementeringen af Fælles Medicinkort (FMK) en udvikling, der har til formål at minimere fejl og utilsigtede hændelser. Anvendelsen af FMK forventes at styrke sikkerheden omkring medicinhåndtering, især hos patienter der modtager mange præparater. En effektiv implementering af FMK betyder, at almen praksis orienterer sig via det overblik, som medicinkortet giver. Tilrettelæggelsen af dele af opfølgningen laves lokalt som del af praksisplanerne[6].

At FMK er retvisende på det tidspunkt, hvor behandlingsansvaret overdrages til den næste behandler, styrker patientsikkerheden og mindsker risikoen for fejlmedicinering. Ved at markere FMK ajourført viser man, at medicinkortet afspejler patientens aktuelle og planlagte medicinering på ajourføringstidspunktet og ikke indeholder åbenlyse fejl.

I Region Syddanmark er der enighed om, at almen praksis som minimum altid ajourfører patientens FMK i følgende situationer:

- Ved elektive henvisninger,
- efter medicingennemgang i forbindelse med årskontrol,
- ved opfølgning og koordination i hjemmet og
- ved opsøgende hjemmebesøg

[6] Overenskomst om almen praksis 2018, kapitel 1.4

UDKAST

I aftaleperioden vil parterne arbejde for, at alle læger som minimum ajourfører FMK i de givne situationer

9 Indsatsområder

9.1 Rygning

Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner har alle tilsluttet sig Røgfri Fremtid, som er et landsdækkende partnerskab, med en vision for 2030 om et samfund, hvor ingen børn og unge ryger, og hvor færre end fem procent af den voksne befolkning ryger.

De praktiserende læger i Syddanmark har i marts 2019 indgået en partnerskabsaftale med regionen og de syddanske kommuner, hvori regionen og kommunerne tilkendegiver, at de vil inddrage almen praksis i indsatsen for et røgfrit Syddanmark. Omvendt tilkendegiver almen praksis, at de bakker op om indsatsen og har fokus på rygning i deres konsultationer med borgerne.

Sundhedsprofilen fra 2017 viser, at 18,5 % af borgerne i Syddanmark er daglige rygere, hvilket er samme niveau som i 2013. Undersøgelsen viser desværre også, at flere unge begynder at ryge. Samtidig viser undersøgelsen, at syv ud af ti rygere (68,6 %) gerne vil stoppe med at ryge, og at mange af disse vurderer, at de har behov for hjælp til at stoppe med at ryge.

9.1.1 Fokus på rygestop i almen praksis

Som partner i "Et røgfrit Syddanmark" bakker almen praksis konkret op om indsatsen gennem:

Henvendelsesårsagsrelateret rådgivning, hvor patienten kommer med et problem, hvor rygning kan være en medvirkende, bagvedliggende årsag, og hvor behandling af problemet eller forebyggelse af en forværring tilgodeses ved at patienten omlægger sin livsstil (f.eks. holder op med at ryge).

Patientefterspurgt rådgivning: Patienten henvender sig til lægen med henblik på at få rådgivning og hjælp til at ændre sine rygevaner.

Rådgivning som led i helhedsorienteret tilgang til sundhed/bred forebyggelsesindsats: Partnerskabsaftalen om røgfrit Syddanmark lægger endvidere op til en indsats i almen praksis af generel forebyggende karakter, hvor almen praksis' særlige fokus på rygning betyder, at den praktiserende læge har mulighed for at adressere patientens rygning, uden anden anledning end at patienten er i konsultationen og rygning adresseres som et led i lægens helhedsorienterede tilgang til patientens sundhed. Fokus på rygestop bør ses som en bred forebyggelsesindsats for enhver patient, hvor indsatsen giver mening.

9.1.2 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Almen praksis rådgiver om rygestop og oplyser om og henviser patienter med ønske om rygestop til kommunale rygestoptilbud. Almen praksis anvender "den dynamiske blanket" (XREF15) ved henvisning til kommunale forebyggelsestilbud, eller opfordrer patienten til at henvende sig til den kommunale forebyggelsesenhed.

Kommunerne i Region Syddanmark forpligter sig til at vedligeholde oversigt over rygestoptilbud på Sundhed.dk.

UDKAST

9.1.3 Systematisk tilgang til forebyggelse af ryge-debut

For at forebygge, at unge begynder at ryge, kan almen praksis adressere rygning, når de unge er i konsultationen af anden årsag.

Unge begynder jf. sundhedsprofilen at ryge i 16-års alderen. Almen praksis kan derfor med fordel adressere de unges rygevaner, og rygning generelt i forbindelse med:

- HPV-vaccine
- samtale om prævention (unge kvinder)
- konsultationer ang. kønssygdomme
- konsultation i forbindelse med kørekort

9.2 Overvægt

Region Syddanmarks Sundhedsprofil viser i perioden 2010-2017 en stigning i antallet af svært overvægtige fra 14,5 % i 2010 til 18.5 % i 2017. Det er således knap hver sjette syddanske borger fra 16 år og opefter, der lider af svær overvægt. Tilsvarende viser tal fra den Nationale Børnedatabase, at overvægt og svær overvægt er et stigende problem blandt børn og unge i Syddanmark.

I Sundhedsaftalen 2019-2023 og den nærværende Praksisplan for 2020-2023 er der derfor fokus på såvel forebyggelse som behandling af moderat og svær overvægt blandt både børn, unge og voksne. På tværs af regionen, de 22 syddanske kommuner og de praktiserende læger er der enighed om behovet for en bred, tidlig og familieorienteret indsats med det fælles sigte at opnå færre børn, unge og voksne med overvægt.

9.2.1 Tidlig opsporing af overvægt hos børn, unge og voksne

Uanset om konsultationen angår et barn, en ung eller en voksen spiller almen praksis en vigtig rolle i forhold til at sikre tidlig opsporing og rådgivning om både forebyggelse og behandling af overvægt. Dette gør sig i særdeleshed gældende i de situationer, hvor:

- Patienten allerede er moderat eller svært overvægtig
- Patienten har en særlig familiær disponering for overvægt
- Patienten indtager medicin med overvægt som kendt bivirkning
- Patienten er overvægtig og samtidig gravid, eller ønsker at blive gravid

I disse situationer, men også uden anden anledning end at patienten er i konsultationen, er det vigtigt at den praktiserende læge adresserer patientens overvægt og giver oplysning, råd og vejledning såfremt målsætningen om reduktion af overvægt skal indfries.

9.2.2 Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne er forpligtet til at oprette tilbud og yde individuel bistand til overvægtige børn og unge, jf. Sundhedsloven. I praksis foregår behandlingen af børn og unge med moderat eller svær overvægt i mange tilfælde i samarbejde med et sygehus.

Ved konstatering af overvægt hos børn og unge oplyser almen praksis om- og henviser til relevante sundhedstilbud i både kommunalt og regionalt regi, fx overvægtsklinikker og -ambulatorier. Almen praksis anvender ”den dynamiske blanket” (XREF15) ved henvisning til kommunale forebyggelsestilbud, eller opfordrer patienten til at henvende sig til den kommunale forebyggelsesenhed.

UDKAST

9.2.3 Samarbejde og kommunikation med sundhedsplejen

I kraft af de syv forebyggende helbredsundersøgelser, som tilbydes til alle danske børn i alderen 0-5 år hos deres praktiserende læge, har almen praksis et særligt ansvar for at understøtte en alderssvarende og sund udvikling, hvad angår højde og vækst hos mindre børn.

Der ønskes i perioden et styrket og mere koordineret samarbejde mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje, som ved fælles hjælp skal undersøge og sikre, at barnet er i trivsel og udvikler sig alderssvarende. Dette gælder barnets helbredsstatus som helhed, herunder udviklingen af eventuelle overvægtsproblemer.

For at sikre overlevering af information om barnets udvikling og trivsel skal der i planperioden sikres grundlag for systematisk, elektronisk overlevering af oplysninger mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje, med særligt fokus på kommunikation efter 5 års undersøgelsen (se også 9.3.3).

9.3 Børn og unge i mental mistrivsel

"Almen praksis har en vigtig rolle som tidlig opsporer af psykiske lidelser hos børn, unge og voksne samt en vigtig rolle i behandlingen af ikke alvorlige tilfælde af psykiske lidelser, især ikke- psykotiske lidelser."[7]

Almen praksis deler sin centrale rolle i forhold til tidlig opsporing af mental mistrivsel hos børn og unge med andre vigtige aktører. For børn under 15 år er de vigtigste samarbejdsparter sundhedsplejen, daginstitutioner, grundskole og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PRR). For de 15-17-årige deles rollen med PPR, ungdomsuddannelserne og en bred vifte af tilbud rette mod unge, eksempelvis Headspace. Den vigtigste enkeltstående faktor for tidlig opsporing og indsats mod mental mistrivsel for børn og unge er, at samarbejdet med de kommunale aktører og almen praksis fungerer smidigt og fleksibelt.

Det er derfor af afgørende betydning, at "Tværsektoriel samarbejdsaftale på børne- ungeområdet" implementeres med succes. Aftalen beskriver ansvars- og samarbejdsmønstre mellem almen praksis, de kommunale aktører og det regionale sundhedsvæsen. Aftalen indeholder en række anbefalinger rettet mod sektorerne i det tværsektorielle samarbejde på børne- og ungeområdet. Almen praksis støtter generelt anbefalingerne og arbejder i Praksisplanperioden aktivt for, at anbefalingerne rettet mod almen praksis implementeres:

- Indgåelse af aftale om struktureret, elektronisk kommunikation på børne- og ungeområdet
- Udarbejdelse af aftale der sikrer at almen praksis og sygehuslæger kan henvende sig til PPR vedrørende unge med tegn på mistrivsel
- At almen praksis anvender underretninger, når der er mistanke om mistrivsel
- Særlig indsats for udsatte grupper

9.3.1 Fokus på tidlige tegn på mistrivsel og familier i krise

Det er velkendt, at børn og unge, der sættes i sårbare situationer og udsættes for stressende påvirkninger, har forøget risiko for at udvikle dårlig mental trivsel. Almen praksis vil jf. den tværsektorielle aftale udvise særlig opmærksomhed på tidlige tegn på mistrivsel hos udsatte grupper af børn og unge:

[7] Overenskomst om almen praksis - Bilag 1: protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010: "Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen – herunder om særlige patientgrupper"

- Børn og unge i familier med alvorlig somatisk sygdom hos forældre eller søskende
- Børn og unge i familier med handicaps hos forældre eller søskende
- Børn og unge i familier med psykisk sygdom hos forældre eller søskende
- Børn og unge i familier med nedsat psykisk funktionsevne hos forældre eller søskende
- Børn og unge der udsættes for pludseligt opståede kriser i forbindelse med dødsfald, skilsmisse, vold, alvorlige ulykker med mere.

Almen praksis tilbyder støtte, samtaler og henvisning til henholdsvis kommunale eller regionale tilbud.

9.3.2 Lokalaftale om Socialmedicinske hjemmebesøg samt Lokalaftale om Samtaleterapi og krisesamtale

Almen praksis anvender mulighederne for særlige socialmedicinske hjemmebesøg til at understøtte opsporing af børn og unge med dårlig mental sundhed. I KLU drøftes den lokale tilrettelæggelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne jf. aftalen.

Som understøttelse af indsatsen for børn og unge med dårlig mental trivsel anvender almen praksis "Lokalaftale om krisesamtaler og samtaleterapi i almen praksis", som giver de praktiserende læger mulighed for i højere grad at støtte patienten gennem særlige samtaler.

9.3.3 Tættere samarbejde med kommunernes børne- og ungeområde[8]

I perioden etableres der et styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunernes børne- og ungeområde med fokus på overgangen fra børneundersøgelser hos praktiserende læge til undersøgelser ved skolesundhedsplejen (jf. 9.2.3), og ved start eller afslutning af forløb hos PPR (jf. 9.3). Målet er et fælles fokus på mental trivsel for børn i skolealderen og et systematisk samarbejde, hvor almen praksis koordinerer indsatser rettet mod børn og unge med sundhedsplejen og PPR. Samarbejdet følger den aftalte opgave- og ansvarsfordeling jf. den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet. Arbejdet i regi af Praksisplanudvalget koordineres med de indsatser, der igangsættes som følge af "Tværsektoriel samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark"

Praksisplanudvalget udarbejder i aftaleperioden en aftale om tilrettelæggelse af samarbejde og kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje ved overgangen fra børneundersøgelser hos praktiserende læge til undersøgelser ved skolesundhedsplejen (jf. 8.2.2). Der tages afsæt i den tilsvarende aftale, der er indgået i Region Nordjylland[9].

For at udnytte ressourcerne bedst muligt tilrettelægges samarbejdet, så fordelene ved ny teknologi udnyttes bedst muligt i forbindelse med henvisninger, dialog og netværksmøder.

Samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale børne- og ungeindsats koordineres med implementering af "Tværsektoriel samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet", som blandt andet lægger op til en aftale om rammerne for henvendelser fra almen praksis til PPR, jf. aftalens afsnit 6. Implementering af aftalen drøftes i KLU, hvor der eventuelt kan fastsættes lokale rammer for samarbejdet.

---

[8] Her bør vi nok se på en harmonisering af teksten og aftalerne i den tværsektorielle aftale…..

[9] Region Nordjylland: Den Tværsektoriel Grundaftale 2015 - 2019: Aftale om elektronisk kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste (Aftale om elektronisk kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste)

Almen praksis inviteres som nævnt i Tværsektoriel aftale på børne- og unge området med til netværksmøder der så vidt muligt tilrettelægges med mulighed for videodeltagelse.

9.3.4 Tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien

I perioden arbejdes der på tættere samarbejde mellem almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien. Praksisplanudvalget tager i perioden initiativ til et tættere samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien om øget adgang til specialistrådgivning, fremskudt funktion, mv.

9.3.5 Særlig indsats til forebyggelse og behandling af dårlig mental trivsel for teenagere

Det undersøges i perioden, om der er behov for at almen praksis udvikler en indsats for bedre mental trivsel blandt unge gennem særlig tilrettelagt samtaleterapi i almen praksis for teenagere. Undersøgelsen omfatter bl.a. en kortlægning af eksisterende tilbud til målgruppen, samt interessen for en sådan indsats i almen praksis. Såfremt det vurderes, at der er grundlag for et tilbud af denne art, kan der igangsættes forsøg hermed i perioden.

9.3.6 Samarbejde med og henvisning til kommunale tilbud

Tidlig opsporing bør følges op med hurtig handling og henvisning til relevante tilbud til barnet eller den unge. Lettilgængelig og overskuelige oplysninger om de kommunale tilbud er en forudsætning for, at den praktiserende læge hurtigt kan hjælpe barnet eller den unge videre. Den praktiserende læge holder sig orienteret om relevante kommunale tilbud og støtter udviklingen af et ensartet tilbud til børn og unge i sårbare situationer på tværs af regionens geografi[10]. Særligt for gruppen af unge 15-17-årige kan det være aktuelt, at almen praksis på baggrund af relevant informationsmateriale gør opmærksom på tilbud hos PsykInfo, Headspace og lignende aktører.

9.3.7 Udvikling af e-kommunikation

Der ønskes i perioden etableret mulighed for elektronisk kommunikation mellem almen praksis og de kommunale funktioner på børne- og ungeområdet.

Praksisplanudvalget følger det arbejde, der igangsættes i regi af Sundhedsaftalen og som følge af den tværsektorielle samarbejdsaftale på børne- og unge området, afsnit 4.7.

9.4 Mennesker med kroniske lidelser

Indfrielsen af målsætningen i sundhedsaftalen om reduktion af akutte indlæggelser og (gen)indlæggelser for mennesker med KOL og/eller Diabetes 2 er tæt forbundet til den indsats almen praksis leverer i forhold til de to store kronikergrupper og hænger tæt sammen med den udvikling, der er sat i gang med Overenskomst om almen praksis 2018.

[10] Kan denne formulering bruges? Jeg synes "tilbud" lyder som et konkret behandlings- elelr støttetilbud og det er der vel ikke tale om? Det handler vel mere om at gøre tilbuddet og samarbejdet mere ensartet på tværs af geografi?

UDKAST

9.4.1 Systematisk indsats for patienter med kroniske sygdomme

Et studie af "best practice[11]" i forhold til indsatsen for kronikere i almen praksis viser, at en god kronikerindsats i almen praksis, er en vej til færre akutte indlæggelser. En god kronikerindsats er i denne sammenhæng ensbetydende med en systematisk tilgang i almen praksis, hvor almen praksis på baggrund af data om patientpopulationen har kendskab til og overblik over de kronikere, der er tilknyttet praksis, og praksis sørger for systematisk indkaldelse til årlig kronikerkontrol og opfølgning i øvrigt. Med indberetningerne til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP) for først diabetes og efterfølgende KOL får almen praksis mulighed for bedre databaseret overblik over patientpopulationen, hvilket understøtter den systematiserede tilgang.

9.4.2 Styrket samarbejde mellem AP og kommunal akutsygepleje

I perioden understøtter og følger almen praksis/praksisplanudvalget arbejdet i regi af sundhedsaftalen om udvikling af forstærket samarbejde mellem sektorerne om de kommunale akutfunktioner, herunder særligt "tværsektoriel understøttelse af de kommunale akutfunktioner", "tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser" og "fleksible indlæggelser". Praksisplanudvalget iværksætter de nødvendige tiltag for at de praktiserende læger kan yde deres bidrag til indsatserne..

9.4.3 Den trygge overgang fra sygehus til almen praksis

Efter sygehusindlæggelse eller når patienten overgår til almen praksis fra behandling eller opfølgning i sygehusambulatoriet, sikres overlevering til patientens praktiserende læge.

I perioden indsamles erfaringer fra tiltag, til at sikre en god, tryg og informationsgivende overlevering mellem sygehus og almen praksis og disse søges udbredt.

Det kan f.eks. være erfaringer fra:

- Sygehus Lillebælts "Doctors Partnership", hvor der afholdes videokonference med sygehuslæge, praktiserende læge og patienten ved overgangen til opfølgning i almen praksis for kræftpatienter.
- Region Midtjylland og Silkeborg Kommunes samarbejde om fleksible indlæggelser, hvor bestemte patientgrupper har øget mulighed for at henvende sig til sygehuset ved forværringer i tilstanden efter udskrivning.

I perioden igangsættes endvidere dialog med relevante sygehusafdelinger om hvordan patienten kan sikres en god overgang fra sygehus til almen praksis, særligt hvis patienten udskrives op til weekend, ferier eller helligdage, hvor almen praksis ikke kan sikre opfølgning i tilfælde af forværring af patientens tilstand. Det kan f.eks. være i form af forsøg med "åbent vindue" efter indlæggelse, hvor sygehuset beholder behandlingsansvaret for patienten i en periode efter udskrivelse, eller andre praktiske, tryghedsskabende tiltag. Der kan evt. hentes inspiration fra Nordjylland om integreret samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunale akutfunktioner.

Telemedicinsk udvalg under Praksisplanudvalget igangsætter endvidere i perioden forsøg med øget brug af videobaseret udskrivningskonference, med henblik på udbredelse af erfaringer herfra.

[11]Dansk Sundhedsinstitut: Proaktive Lægehuse anno 2010 – Tværgående analyse af otte proaktive lægehuses kronikerbehandling, 2013

UDKAST

9.4.4 Implementering af lokalaftale om forebyggelse af akutte indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser

Praksisplanudvalget vedtog i 2019 Lokalaftale om forebyggelse af akutte indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Aftalen understøtter almen praksis i at yde en særlig indsats i hjemmet i et tæt og koordineret samarbejde med den kommunale sygepleje for at forebygge akutte indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Praksisplanudvalget understøtter i perioden den lokale implementering af aftalen ved at der tilbydes konsulenthjælp til den lokal implementering af aftalen, ligesom udvalget følger indgåelsen af lokale samarbejdsaftaler om indsatsen i regi af de kommunalt lægelige udvalg.

9.5 Ældre medicinske patienter

I Sundhedsaftalen er en af målsætningerne at sænke antallet af forebyggelige indlæggelse for ældre patienter. Her spiller almen praksis en vigtig rolle i forhold til tidlig opsporing og behandling af sygdomme samt opfølgning efter indlæggelse, i løbende dialog og koordinering med kommunen og sygehusene.

9.5.1 Implementering af lokalaftaler om hjemmebesøg

Praksisplanudvalget i Region Syddanmark har i 2019 indgået

- Lokalaftale om forebyggelse af akutte indlæggelser og uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Lokalaftale om "Opfølgning og koordination efter indlæggelse" og
- Lokalaftale om indsats for patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid (palliationsaftalen).

Aftalerne skal medvirke til at behandlings- og plejeindsatsen tilrettelægges, så den er koordineret mellem den kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse, samt med andre kommunale tilbud.

Praksisplanudvalget tager i aftaleperioden initiativ til en drøftelse af aftalerne i de kommunalt lægelige udvalg, hvor den lokale anvendelse af lokalaftalerne, herunder kommunikation om patienten/borgeren drøftes, således at der opnås en fælles forståelse for hvordan aftalerne bruges.

9.5.2 Styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunal akutsygepleje

Akutfunktionen varetager mange akutte og særlige behandlingsopgaver, som er ordineret af læger i almen praksis, hvor der er behov for fortsat samarbejde om patientens behandling. For at sikre en høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i patientforløb er det vigtigt, at der er fokus på god kommunikation mellem patient/pårørende, læger, øvrige hjemmesygepleje og akutfunktionen. Derfor anbefaler Praksisplanudvalget at kommunerne er i løbende dialog med almen praksis om udviklingen i akutfunktionen, herunder om der er behov for justering af kvalitetsstandarder.

9.5.3 Styrket samarbejde mellem kommunal akutsygepleje og vagtlæge

For at sikre en mere optimal udnyttelse af vagtlægeressourcer og forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, begrundet i vagtlægens ringe mulighed for at orientere sig i patientens sygdomshistorie og behandling vil der i perioden blive arbejdet på at styrke samarbejdet mellem vagtlæge og de kommunale

UDKAST

akutfunktioner, der typisk har bedre kendskab til patienten, og/eller bedre mulighed for hurtigt at se patienten i hjemmet.

Der vil blive hentet inspiration fra den ordning, der er etableret i Silkeborg Kommune, hvor patienterne tilses af en kommunal akutsygeplejerske inden indlæggelse i vagttiden.

9.5.4 Den trygge overgang mellem sygehus og almen praksis

For at sikre den trygge udskrivelse samt forebygge unødvendige indlæggelser, bliver patientindsatsen koordineret på tværs af den kommunale hjemmesygepleje, almen praksis og sygehuse samt med andre kommunale indsatser fx trænings-, rehabiliterings- og ernæringsindsatser.

Initiativerne der iværksættes jf. afsnit 9.4.3 sikres også at omfatte ældre medicinske patienter, og ikke kun dække mennesker med kroniske lidelser.

9.5.5 Udbredelse af telemedicinske løsninger til understøttelse af behandling

I perioden følges udviklingen af telemedicinske løsninger, der kan bidrage til at sikre bedre patientforløb for den ældre medicinske patient, og der vil blive igangsat lokale projekter til afprøvning og eventuel udbredelse af løsninger til at sikre bedre kommunikation og koordinering mellem sektorerne.

9.6 Samarbejde om sikker medicinering

Uanset hvilken patientgruppe der indgår i et tværsektorielt forløb er det væsentligt at sikre, at der ikke sker fejl ved overgangen til anden sektor på grund af ukorrekte oplysninger vedr. patientens medicinering.

9.6.1 Sikre patientforløb og sektorovergange: almen praksis - sygehus

Med udgangspunkt i sygehusenes modtagelse af elektive henvisninger fra almen praksis, foretager sygehusene stikprøver for at undersøge om FMK er ajourført på henvisningstidspunktet. Dette arbejde igangsættes i samarbejde med praksiskonsulentordningerne som led i dialogen om brugen af FMK. Erfaringerne fra undersøgelserne deles med almen praksis med henblik på at opfølgende dialog og læring bidrager til, at FMK er retvisende og ajourført i de aftalte situationer. På tilsvarende vis undersøges sygehusenes anvendelse og ajourføring af FMK og der laves opfølgningsplaner efter behov.

9.6.2 Samarbejde om brugen af FMK

.For en stor del af de ældre medicinske patienter varetager kommunen medicinadministrationen for borgeren/patienten. Et vigtigt hjælpeværktøj i den sammenhæng er det Fælles Medicin Kort (FMK). Det er derfor væsentligt for hjemmesygeplejen, at FMK er retvisende , for at der ikke opstår tvivl om, hvilken medicin borgeren skal have.

I aftaleperioden igangsættes der initiativer til at styrke samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje om korrekt medicinering. Initiativerne kan omhandle anvendelsen af FMK herunder brugen af ajourføring i almen praksis og kan tage udgangspunkt i erfaringerne fra "Klyngepakke om ajourføring af FMK", der udbydes af det regionale klyngeteam.

UDKAST

9.7 Mennesker med psykisk sygdom

Der er i disse år en bekymrende stigning i antallet af syddanskere, som enten kort eller langvarigt kæmper med psykiske lidelser, og som har brug for ekstra støtte til at blive raske eller leve med deres sygdom. Borgere med psykiske lidelser har en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning, hvilket blandt andet skyldes, at deres somatiske lidelser ikke får tilstrækkeligt fokus.

I Sundhedsaftalen 2019-2023 er der særligt fokus på at reducere overdødeligheden blandt borgere med en psykisk lidelse.

9.7.1 Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler

Borgere med psykisk sygdom kan have særlige behov for støtte og samtaler, både som decideret behandling i almen praksis og dels i form af opfølgning efter behandling i andet regi. Almen praksis anvender mulighederne i "Lokalaftale om krisesamtaler og samtaleterapi i almen praksis", til at understøtte patienter med psykiske lidelser.

9.7.2 Lokalaftale om somatisk helbredsundersøgelse

En måde at reducere overdødeligheden blandt borgere med psykisk sygdom på, er at sætte større fokus på deres somatiske sygdomme. I aftaleperioden vil der derfor blive lavet en lokalaftale om somatiske helbredsundersøgelser for mennesker med en psykisk lidelse. Aftalen skal sætte rammen for den konkrete indsats i almen praksis, og samarbejdet mellem parterne, samt fastlægge honorar for ydelsen og afgrænse målgruppen.

9.7.3 Specialistrådgivning fra psykiatrien, herunder medicinrådgivning

Patienter med psykisk sygdom lider ofte også af somatiske sygdomme, og den medicinske behandling af patienterne kan derfor være meget kompleks. I den kommende periode igangsættes et samarbejde med fokus på, hvordan speciallæger fra psykiatrisygehuset i højere grad kan yde rådgivning til de praktiserende læger omkring medicinforbruget hos patienter med psykiske lidelser. Herunder hvordan samarbejdet mellem almen praksis og psykiatriens medicinrådgivning kan styrkes.

9.7.4 Udbredelse af muligheden for akut udredning for mennesker med en psykisk lidelse

De praktiserende læger varetager en stor del af behandlingen af patienter med lettere psykiske lidelser, men der kan i disse behandlingsforløb opstå behov for udredning, som den praktiserende læge ikke kan honorere. I perioden vil der blive udviklet løsninger, så de praktiserende læger i højere grad får adgang til hurtig udredning og anbefaling af behandlingsindsats for konkrete patienter hos praktiserende psykiatere eller i psykiatrien. F.eks. i form af udbredelse af den forsøgsordning (§66), der er etableret for lægerne i Odense Kommune, der muliggør udredning ved praktiserende psykiater inden for to uger. Udbredelse af ordningen vil dog afhænge af resultatet af den igangsatte evaluering af tilbuddet.

9.8 Borgere på kanten af arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet

Et arbejde/uddannelsesforløb skaber identitet og et fast holdepunkt i tilværelsen. Det er forbundet med store personlige og økonomiske omkostninger, når mennesker, på grund af psykisk- eller somatisk sygdom, mister tilknytningen til arbejdsmarkedet/uddannelsesområdet.
I Sundhedsaftale 2020-2023 er der sat fokus på at fastholde mennesker med psykisk eller somatisk sygdom i uddannelse eller arbejde, og der vil i den kommende periode blive afprøvet nye samarbejdsstrukturer

UDKAST

mellem almen praksis, region og kommune med fokus på beskæftigelsesområdet. Samarbejdsstrukturen skal udbygge den allerede eksisterende videndeling, kommunikation og samarbejde

9.9 Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler

Almen praksis anvender "Lokalaftale om samtaleterapi og krisesamtaler" som et redskab til at fastholde patienter i krise på arbejdsmarkedet/i uddannelse ved at tilbyde "krisesamtaler" for at afhjælpe krisen inden den udvikler sig til en hindring for at bevare tilknytning til arbejdsmarkedet.

Målgruppen omfatter patienter i akut krise, f.eks. udløst af arbejdsrelateret stress, livskriser: skilsmisse, arbejdsløshed mv., patienter ramt af alvorlig somatisk sygdom, eller pårørendes sygdom (somatisk og/eller psykisk), eller andre nyopståede psykiske eller sociale problemstillinger

9.9.1 Fokus på anvendelsen af sygemeldinger

For mange borgere kan en deltidssygemelding være den faktor, som har afgørende betydning for, om man falder helt ud af arbejdsmarkedet eller hurtigere kan komme tilbage i beskæftigelse efter somatisk eller psykisk sygdom. I den kommende periode vil der blive sat fokus på, hvordan sygemeldinger bruges i almen praksis, og der arbejdes med, hvordan der kan ske en øget brug af deltidssygemeldinger, og hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne om sygemeldinger kan blive stærkere.

9.9.2 Understøttende e-kommunikation

Borgere på kanten af arbejdsmarkedet hjælpes bedst, hvis der er et stærkt samarbejde mellem de praktiserende læger og kommunerne. Til at understøtte dette, vil der i perioden arbejdes på at udvikle mulighed for elektronisk kommunikation mellem parterne. Praksisplanudvalget vil endvidere understøtte arbejdet med anvendelsen af informations- og kommunikationsteknologi, som igangsættes i regi af Sundhedsaftalen 2019-2023.

9.10 Tilgængelighed

Tilgængelighed i almen praksis betegner i denne sammenhæng patientens mulighed for at komme i kontakt med lægen. Patientens mulighed for at komme i kontakt med lægen er vigtig for at kunne indfri visionerne om tidlig opsporing og behandling i almen praksis, hvor lang telefonisk ventetid, eller lang ventetid på konsultation kan være en barriere for at opfylde visionen.

I praksisplanens anden del om kapacitet behandles forhold om adgang til lægen i form af mulighed for lægevalg (åbne/lukkede praksis i et område), som også påvirker patientens mulighed for at komme i kontakt med lægen.

9.10.1 Undersøgelse af tilgængelighed i almen praksis

I dialog mellem parterne iværksættes i perioden en undersøgelse af tilgængeligheden i almen praksis, herunder ventetid ved telefonisk henvendelse samt ventetid på konsultation. Resultaterne af tilgængelighedsundersøgelsen kan evt. også indgå i kapacitetsplanlægningen idet (lang) ventetid kan være indikation på, at der er for få læger i et område.

UDKAST

10 Implementerings- og tidsplan

Implementering af indsatserne i planen kræver et styrket samarbejde på administrativt plan bag Praksisplanudvalget.

Ligeledes skal det sikres, at der er sammenhæng i implementeringsindsatsen i regi af sundhedsaftalen og praksisplanen.

Der vil derfor i den kommende periode blive fremsat forslag til, hvordan organiseringen kan tilrettelægges.

10.1 Plan for implementering af indsatserne i Praksisplanen

[her indsættes en oversigt over indsatserne og forventet tidsmæssig prioritering]

11 Del 2: Kapacitet i almen praksis

UDKAST

Kapacitet - Praksisplan for almen praksis – 2020- 2023

Indholdsfortegnelse

Kapacitet - Praksisplan for almen praksis – 2020- 2023 1
1 Indledning 3
2 Målsætninger for lægedækning 3
3 Baggrundsbeskrivelse af praksisstruktur i RSD 5
4 Befolkningsgrundlag, sygelighed og ydelsesudvikling 16
5 Principper for kapacitetsplanlægning 20
6 Redskaber til sikring af lægedækning 22
7 Gennemgang af de enkelte planlægningsområder 25
8 Assens Kommune 27
9 Billund kommune 30
10 Esbjerg Kommune 33
11 Fanø Kommune 36
12 Fredericia Kommune 39
13 Faaborg-Midtfyn Kommune 42
14 Haderslev Kommune 45
15 Kerteminde Kommune 48
16 Kolding Kommune 51
17 Langeland Kommune 54
18 Middelfart Kommune 57
19 Nordfyns Kommune 60
20 Nyborg Kommune 62
21 Odense Kommune 65
22 Svendborg Kommune 68
23 Sønderborg Kommune 70
24 Tønder Kommune 72
25 Varde Kommune 75
26 Vejen Kommune 78
27 Vejle Kommune 80
28 Ærø Kommune 83

UDKAST

29 Aabenraa Kommune 86
Bilag 89
1 Praksistyper 89

UDKAST

1 Indledning

Denne del af praksisplan for almen praksis 2020 – 2023 omhandler lægedækningen i Region Syddanmark. Der gives et overblik over den samlede kapacitet i almen praksis, forventet udvikling, forventet udvikling i befolkningssammensætningen og endelige gennemgås hver kommune som selvstændigt område for lægedækning.

Formålet med denne del af praksisplanen er at danne grundlag for den kommende periodes arbejde med at sikre lægedækningen i Region Syddanmark.

Alle borgere i Danmark skal kunne tilmeldes en alment praktiserende læge. Borgeren kan frit vælge læge og regionen skal, jf. sundhedsloven, sikre, at borgeren kan vælge mellem to læger, indenfor en afstand af 15 km fra borgerens bopæl. Lægevalgsreglerne fordrer således, at der i regionen er en praksisstruktur og et antal læger som sikrer, at alle kan vælge en læge i nærmiljøet.

Lægedækningen sikres i udgangspunktet i et samarbejde mellem region, kommuner og PLO Syd gennem drøftelse og beslutning i Samarbejdsudvalget og i Praksisplanudvalg. Såfremt der opstår udfordringer med at sikre lægedækningen i et område, indgår de lokale læger, regionen og evt. pågældende kommune endvidere i en dialog om, hvordan det kan sikres, at borgerne i området kan tilmeldes en læge. PLO Syddanmark indgår således som en ansvarlig part i sikringen af lægedækningen – både lokalt og på regionsniveau.

Det er dog i sidste ende Regionsrådet, der efter sundhedsloven er forpligtet til at sikre lægedækning til alle borgere i regionen. Regionen har mulighed for at etablere udbuds- og regionsklinikker, såfremt lægedækningen i et område ikke kan sikres ved at en praktiserende læge overtager en ledigbleven eller ny kapacitet i et område.

2 Målsætninger for lægedækning

Praksisplanudvalget har valgt at opsætte to konkrete målsætninger for lægedækningen i den kommende periode.

Målsætningerne har fokus på den patientoplevede adgang til almen praksis og læner sig op ad de målsætninger, der af den forrige regering blev meldt ud i "En Læge tæt på dig" i 2018.

Nedenfor redegøres for status for de enkelte målsætninger, samt opstilles indsatser for at fremme opfyldelsen af målene.

2.1 70 % af lægerne skal have åbent for tilgang i 2030

Konkret skal 50 pct. af landets lægepraksis være åbne for tilgang i 2020. I 2025 er målet 60 pct., og i 2030 er ambitionen, at helt op mod 70 pct. af praksis skal være åbne for tilgang[1].

Målsætningen opgøres i andel praksis, der er åbne for tilgang på regionsbasis.

[1] "En Læge tæt på dig" - Sundheds- og Ældreministeriet 2018

2.1.1 Baggrund

For at sikre, at borgerne kan vælge mellem to læger indenfor 15 km fra deres bopæl, er det ikke nok, at der er lægepraksis i området. Lægepraksis skal også være åbne for tilgang, for at borgerene har et reelt lægevalg.

Et højt antal/andel af lukkede praksis i et område kan endvidere være udtryk for, at lægerne i området oplever en stor arbejdsbelastning, og derfor vælger at lukke for patienttilgang.

Omfanget af lukkede praksis kan i meget stort omfang bestemmes af lægerne selv, da f.eks. alle praksis med over 1.600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet har mulighed for at lukke for tilgang. Praksis kan endvidere søge Samarbejdsudvalget om lukning under normtallet betinget af lægers alder, sygdom eller såfremt en læge har omfattende faglige aktiviteter ved siden af praksis.

2.1.2 Status

Det er vigtigt at være opmærksom på, at antallet af praksis, der er lukket for tilgang, er udtryk for en helt aktuel status, når tallet opgøres. Målsætningen er derfor meget følsom overfor opgørelsestidspunkt.

Status pr. 01-04-2019 er, at 51 % af praksis i Region Syddanmark er åbne for tilgang, dog med lokale variationer.

Målet for 2020 opfyldes derfor aktuelt på regionsplan i Region Syddanmark, men der er behov for at fastholde fokus på området for fortsat at sikre tilgængelighed i almen praksis og arbejde frem mod målet om at 60 % af praksis har åbent for tilgang i 2025.

2.1.3 Indsats

I perioden arbejdes der på at fastholde den gode udvikling, med særligt fokus på at sikre åbne praksis i de områder, hvor der er få åbne praksis i dag, og hvor praksisstrukturen, f.eks. lægernes alder og befolkningsudviklingen, sandsynliggør, at der kan opstå problemer med praksis lukket for tilgang.

Udviklingen understøttes gennem rekrutteringstiltag i de områder, hvor der er risiko for at praksis lukker for tilgang, samt gennem udmøntning af nye ydernumre, både planlagt og opportunt, hvor læger fremlægger planer, der kan bidrage til at sikre den fremtidige lægedækning.

Endvidere understøtter konsulentkorpset under KEU udviklingen af en organisering i lægepraksis, der understøtter at praksis holder åbent for tilgang. Det kan f.eks. ske gennem hjælp til organisationsudvikling, ansættelse af praksispersonale, hjælp til arbejdstilrettelæggelse i praksis mv.

Det skal i de konkrete situationer vurderes, hvad der er årsag til, at der i et område er dårlig adgang til praksis, og indsatsen tilpasses hertil. Dette sker i dialog mellem regionen, de lokale læger og evt. kommunen.

UDKAST

2.2 90 % af lægerne skal arbejde i flermandspraksis i 2030 ("En læge tæt på dig")

Målet for 2020 er, at 70 pct. af landets praksis er flermandspraksis. I 2025 skal dette tal været steget til 80 pct., og i 2030 er målet, at andelen er flermandspraksis er helt oppe på 90 pct.[2]

2.2.1 Baggrund

Af hensyn til rekrutteringsmulighederne i almen praksis ønskes der en varieret praksisstruktur, således at der, uanset om en læge ønsker at arbejde i solopraksis eller kompagniskab, er mulighed for nedsættelse i Region Syddanmark.

I en undersøgelse gennemført at Yngre Læger i 2018[3] fremgår det imidlertid, at et flertal af de nyuddannede læger ønsker at nedsætte sig i flermandspraksis. Af hensyn til rekrutteringen til almen praksis er der derfor et incitament til at fremme etableringen af kompagniskabs- og samarbejdspraksis.

2.2.2 Status

I Region Syddanmark er 217 praksis i dag kompagniskabspraksis med minimum 2 læger. Af de eksisterende solopraksis ved vi endvidere, at 56 er samarbejdspraksis eller delepraksis, som principielt må være at betragte som flermandspraksis. Tilsammen udgør disse praksistyper ca. 76 % af de i alt 357 praksis i Region Syddanmark. Målsætningen om, at mindst 70 % af praksis skal være flermandspraksis i 2020, er derfor opfyldt allerede i dag, og målsætningen om at 80 % er flermandspraksis i 2025 er tæt på opfyldt.

2.2.3 Indsatser

Såfremt målsætningen for 2025 og 2030 skal opfyldes og rekrutteringen af nyuddannede læger til almen praksis i Region Syddanmark skal styrkes, er der fortsat behov for at arbejde på at flere praksis drives enten som samarbejdspraksis eller som kompagniskaber fremover.

Betragtes udviklingen i praksistyper i et historisk lys kan det dog forventes, at en del af denne udvikling vil "komme af sig selv", idet der over de seneste år har været en tendens til, at ophørende solopraksis overtages af kompagniskaber, eller af sololæger, der ønsker at udvide deres kapacitet og tiltrække en kompagnon. Fra 2014 er antallet af solopraksis således faldet fra 43 % til 38 % af praksis i regionen (se endvidere Tabel 2 nedenfor)

3 Baggrundsbeskrivelse af praksisstruktur i RSD

I dette afsnit beskrives lægedækningen i Region Syddanmark, herunder fordelingen af praksistyper, aldersfordelingen af lægerne i almen praksis, befolkningsudvikling og fordeling på lægepraksis, samt udvikling i forbruget af ydelser i almen praksis.

[2] "En Læge tæt på dig" - Sundheds- og Ældreministeriet 2018

[3] Yngre Læger, oktober 2018: "Fremtidens arbejdsmarked for almen medicin; Yngre almen medicineres ønsker til fremtidig beskæftigelse

3.1 Fordeling af praksis og kapaciteter på praksistyper

I Region Syddanmark er der samlet set 795 kapaciteter i almen praksis fordelt på 357 praksis. Praksis fordeler sig på solopraksis, kompagniskabspraksis, delepraksis, udbudsklinik og regionsklinik [4]. Af Tabel 1 nedenfor ses fordelingen af praksis og kapaciteter på de forskellige typer.

Tabel 1: Fordeling af antallet af almen praksis på praksistype, Region Syddanmark 1. juli 2019

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte
I alt	**357**	**795**	**35**
Kompagniskabspraksis	**217**	**651**	**35**
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	39	113	
Enkeltmandspraksis	**133**	**133**	
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	3	3	
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	53	53	
Udbudsklinikker	**6**	**10**	
Regionsklinikker	**1**	**1**	

Kilde: CSC Scandihealth Notus; tal pr. 1. juli 2019

I løbet af de sidste fem år er antallet af praksis, der drives som solopraksis faldet fra 166 til 133, eller fra 43 % til 38 % af samtlige praksis (se Tabel 2). Af solopraksis er 40 % endvidere drevet som samarbejdspraksis. Dette vurderes positivt i rekrutteringssammenhæng, idet en undersøgelse gennemført af Yngre Læger[5] viser, at læger under uddannelse til speciallæge i almen medicin helst vil søge mod kompagniskabs- eller samarbejdspraksis, hvor der er flere lægefaglige kollegaer at dele hverdagen med.

Tabel 2: Fordeling af praksistype, almen praksis Region Syddanmark, 2014-2019

	MAJ 2014		MAJ 2019	
	Antal praksis	*% andel af total*	*Antal praksis*	*% andel af total*
Enkeltmand	166	43 %	133	38 %
Kompagniskab	216	57 %	217	62 %
Hovedtotal	**382**	**100 %**	**350**	**100 %**

Kilde: CSC Scandihealth Notus

3.2 Status på lægedækning i Region Syddanmark

I det følgende afsnit redegøres for lægekapaciteten i Region Syddanmark: antallet af kapaciteter (læger), adgang til praksis i form af hvor mange praksis, der har lukket for tilgang og arbejdsbelastningen i praksis i form af antal tilmeldte patienter pr. lægekapacitet i praksis.

[4] Se bilag **Error! Reference source not found.**: "Praksistyper" for beskrivelse af forskellige praksistyper
[5] Yngre Læger, oktober 2018: "Fremtidens arbejdsmarked for almen medicin; Yngre almen medicineres ønsker til fremtidig beskæftigelse"

UDKAST

3.2.1 Kapacitet i almen praksis

Det gennemsnitlige antal sikrede pr. kapacitet i Region Syddanmark er på 1.540 sikrede (patienter) pr. kapacitet. På landsplan er der gennemsnitligt 1.656 sikrede pr. kapacitet[6]

Tabel 3 nedenfor viser antal kapaciteter, antal sikrede pr. praksis samt lukkestatus for praksis for hver kommune i regionen. I fire kommuner i regionen: Fanø-, Kerteminde-, Nordfyns- og Odense Kommune er der i gennemsnit flere end 1600 sikrede pr. kapacitet (inkl. ledige kapaciteter[7]). Med under 1.400 sikrede pr. kapacitet (inkl. ledige) er Langeland, Tønder og Ærø Kommune de områder, hvor der er færrest sikrede pr. kapacitet. For lægerne på Ærø er der dog en særlig vagtforpligtelse, der øger arbejdsbelastningen i praksis, og forklarer det lave antal sikrede (1.002) pr. kapacitet.

Tabel 3: Kapacitet, antal sikrede og åbne praksis i Region Syddanmark (almen praksis) i maj 2019, fordelt på kommune

	Kapacitet inkl. Ledig kapacitet	Antal sikrede pr. kapacitet inkl. ledige kapaciteter	Antal sikrede pr kapacitet eks. ledige kapaciteter	Antal delepraksis i kommunen	Antal åbne praksis i kommune	Ledige kapaciteter i praksis pr. 24. maj 2019
Assens	27	1.429	1.607	2	6	3
Billund	20	1.475	1.552	1	3	1
Esbjerg	74	1.557	1.670	1	9	5
Fanø	2	1.625	1.625	0	1	0
Fredericia	33	1.558	1.773	0	9	4
Faaborg-Midtfyn	36	1.478	1.478	0	8	0
Haderslev	36	1.476	1.518	3	10	1
Kerteminde	15	1.647	1.647	0	8	0
Kolding	61	1.563	1.616	3	9	2
Langeland	9	1.377	1.549	3	3	1
Middelfart	28	1.461	1.516	0	6	1
Nordfyns	19	1.610	1.610	2	7	0
Nyborg	18	1.458	1.544	2	2	1
Odense	116	1.781	1.845	10	22	4
Svendborg	38	1.543	1.585	5	12	1
Sønderborg	53	1.427	1.454	3	17	1
Tønder	29	1.340	1.340	2	9	0
Varde	34	1.536	1.685	1	9	3
Vejen	29	1.411	1.515	1	7	2
Vejle	73	1.554	1.598	1	14	2
Ærø	6	1.002	1.202	0	4	1
Aabenraa	39	1.469	1.591	2	7	3
Region Syddanmark	**795**	**1.540**	**1.613**	**42**	**182**	**36**

[6] Kilde: PLO, yderregistret
[7] Med "ledige kapaciteter" forstås kapaciteter, der er til stede i almen praksis, men som der ikke virker en læge i.

UDKAST

Kilde: CSC Scandihealth Notus og TARGIT, maj 2019.

3.2.2 Adgang til praksis (lukkestatus)

Ifølge overenskomsten har en praksis mulighed for at lukke for tilgang af yderligere patienter, når praksis har over 1.600 patienter pr. kapacitet i praksis.

Sundhedsloven foreskriver, at regionen skal sikre patienterne lægevalg indenfor 15 km fra deres bopæl. Dette er ikke muligt, hvis alle praksis i et område er lukket for tilgang. Det er derfor relevant at følge udviklingen i antallet af patienter pr. kapacitet, da et højt antal patienter pr. kapacitet kan indikere, at der er behov for en indsats for at sikre befolkningen adgang til almen praksis.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at antallet af praksis, der er lukket for tilgang, er udtryk for en helt aktuel status, når tallet opgøres.

Tabel 4: Antal og procentdel almen praksis lukket for tilgang i Region Syddanmark pr. 24. maj 2019

Andel praksis lukket for tilgang (sorteret fra høj til lav)			
	Antal praksis	Antal lukkede praksis	%-del lukkede
Esbjerg	37	28	76 %
Billund	11	8	73 %
Kolding	28	19	68 %
Nyborg	6	4	67 %
Aabenraa	20	13	65 %
Odense	60	38	63 %
Vejle	28	14	50 %
Faaborg-Midtfyn	15	7	47 %
Vejen	13	6	46 %
Varde	16	7	44 %
Langeland	5	2	40 %
Svendborg	19	7	37 %
Middelfart	9	3	33 %
Fredericia	13	4	31 %
Haderslev	14	4	29 %
Assens	8	2	25 %
Sønderborg	22	5	23 %
Nordfyns	9	2	22 %
Tønder	11	2	18 %
Kerteminde	8	-	0 %
Ærø	4	-	0 %
Fanø	1	-	0 %
Region Syddanmark	**357**	**175**	**49 %**

Kilde: CSC Sygesikring NOTUS.
Note: lukke status og antal praksis pr. 24. maj 2019. Oprundet til nærmeste hele tal.

UDKAST

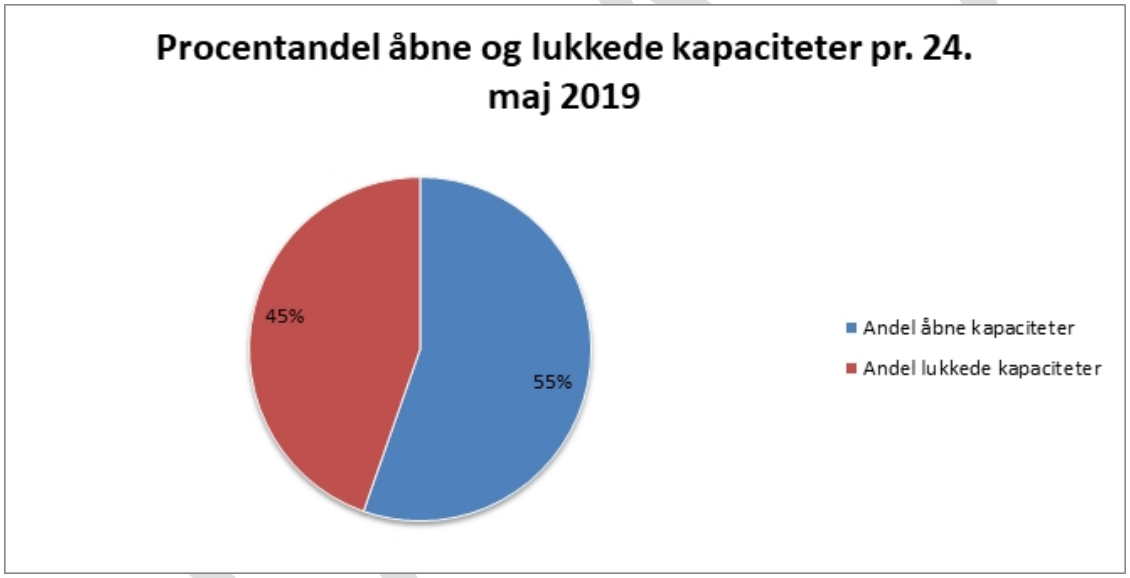
I opgørelsen pr. april 2019 (Tabel 4 herover) er der i alt 49 % af praksis i Region Syddanmark, der er lukkede for tilgang. Mellem kommunerne er der dog stor forskel på, hvor stor en andel af praksis, der er lukket for tilgang.

Esbjerg- og Billund kommuner er de områder, hvor der er størst andel af praksis, der er lukket for tilgang, med over 70 % af praksis, der er lukket for tilgang. I Kerteminde -, Fanø- og Ærø Kommune er der ingen lukkede praksis, trods et højt gennemsnitligt antal tilmeldte pr. kapacitet i praksis i både Kerteminde- og Fanø Kommune.

I forhold til patienternes adgang til praksis er det dog også relevant at se på hvor mange *kapaciteter* der er åbne for tilgang, idet fordelingen af kapaciteter mellem praksis kan forvride billedet af patienternes adgang.

Opgjort som andel lukkede *kapaciteter* er 45 % af kapaciteterne i almen praksis lukket for tilgang (se også Figur 1).

Figur 1: Andel af åbne og lukkede kapacitet i almen praksis, Region Syddanmark pr. 24. maj 2019



Kilde: CSC Sygesikring NOTUS

3.2.3 Lægernes alder og forventet ophør

Der er 797 læger pr. 24. maj 2019 inkl. delekompagnoner og ansatte læger i praksis i Region Syddanmark (eksl. Regionsklinik og udbudsklinikker).

Af nedenstående Tabel 5 fremgår fordelingen af lægerne i regionen på kommuneniveau og opdelt efter alder. Af tabellen fremgår det, at lægerne i syv af de 22 kommuner i regionen er ældre end gennemsnittet af lægerne i regionen (markeret med rødt). Af disse er det dog kun lægerne på Fanø, der er markant ældre end gennemsnittet. Med en gennemsnitsalder på 54,6 år og 9 ud af 20 læger på 60 år og derover, er der dog også grund til at have fokus på Billund Kommune.

Af Tabel 5 og Figur 2 nedenfor fremgår det endvidere, at trods en gennemsnitsalder under gennemsnittet for lægerne i Odense og Esbjerg kommune, står begge kommuner overfor et relativt stort generationsskifte i almen praksis, da der i begge kommuner er mange læger over 63 år, hhv. 15 ud af 67 læger i Esbjerg, og 13 ud af 122 i Odense, eller 23 ud af 122, hvis man tæller fra 60+. Også i Faaborg-Midtfyn-, Kerteminde-, Middelfart- og Aabenraa Kommune er der grund til at have fokus på generationsskiftet blandt lægerne, da der i disse kommuner er en relativ stor procentdel af lægerne, der er over 60 år.

Det kan derfor være relevant med et særligt fokus på at generationsskiftet gennemføres i disse kommuner i den kommende periode.

Tabel 5: Aldersfordeling på praktiserende læger i Region Syddanmark fordelt i intervaller og kommuner, pr. maj 2019

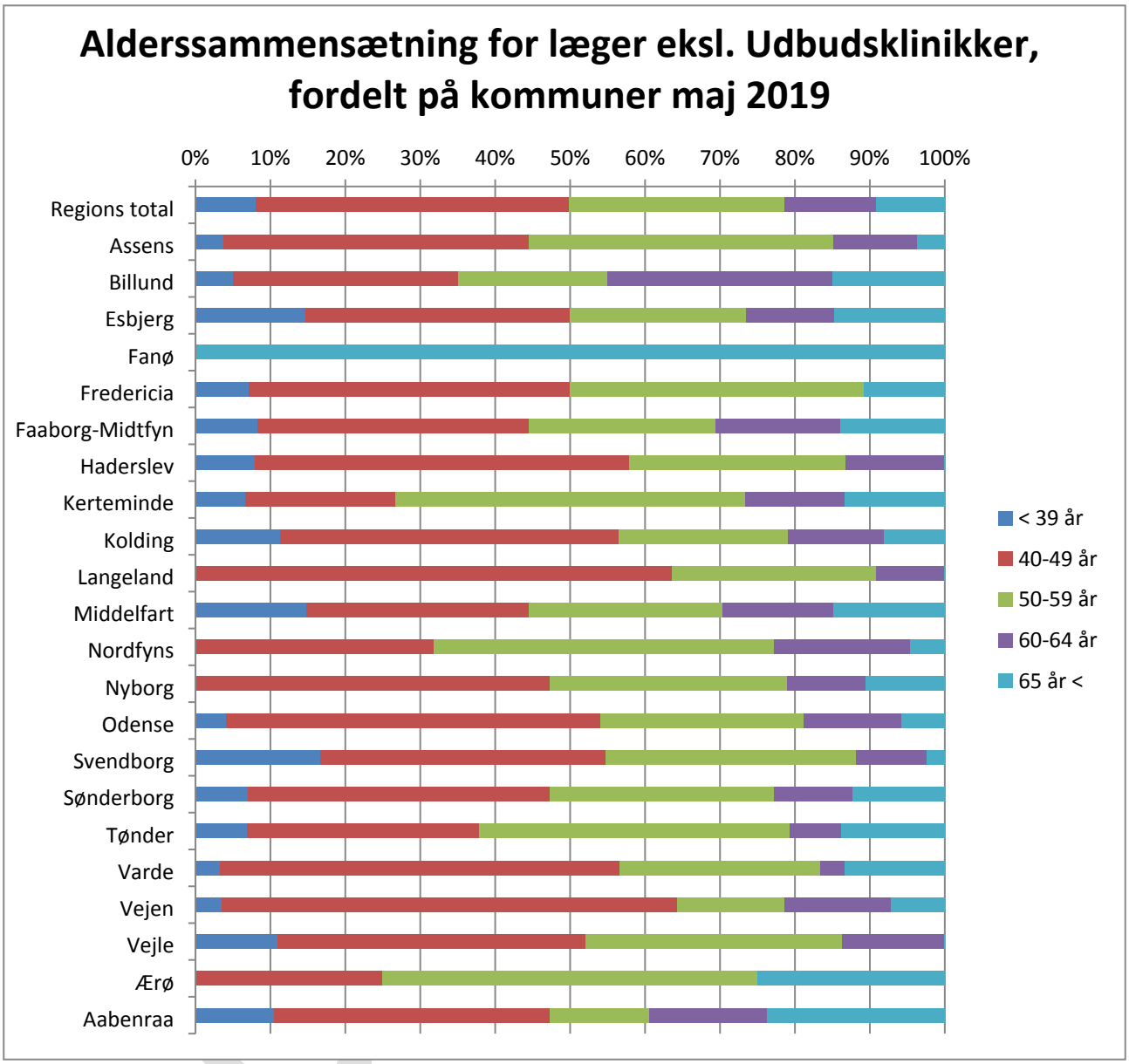
	>40	41-50	51-59	60-62	63-66	67+	Gns. alder	Antal læger	Antal læger 60+ år
Assens	1	12	10	2	1	1	51,8	27	4
Billund	2	5	4	4	2	3	54,6	20	9
Esbjerg	12	21	16	3	10	5	51,8	67	18
Fanø	0	0	0	0	0	2	71	2	2
Fredericia	6	9	10	0	1	2	49,6	28	3
Faaborg-Midtfyn	4	14	7	4	5	2	51,9	36	11
Haderslev	5	17	11	6	2	0	48,9	38	8
Kerteminde	2	4	5	1	1	2	53,3	15	4
Kolding	11	25	13	8	1	4	49,8	62	13
Langeland	1	6	3	0	1	0	49,4	11	1
Middelfart	4	8	7	2	4	2	52,5	27	8
Nordfyns	1	7	9	0	2	3	52,4	22	5
Nyborg	1	9	5	2	0	2	51,5	19	4
Odense	7	62	30	10	10	3	50,2	122	23
Svendborg	8	16	13	2	2	1	49,7	42	5
Sønderborg	4	26	12	3	5	5	52,1	55	13
Tønder	2	10	12	0	2	4	53,3	30	6
Varde	2	16	8	1	1	3	50,3	31	5
Vejen	3	15	4	2	2	1	50,3	28	5
Vejle	9	30	24	5	5	0	50,2	73	10
Ærø	0	2	2	0	1	0	54	5	1
Aabenraa	5	12	5	4	8	3	54	37	15
Region Syddanmark	**90**	**326**	**210**	**58**	**68**	**45**	**52,4**	**797**	**171**

Kilde: CSC Sygesikring NOTUS, maj 2019

Note: "Antal læger" inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der kan være skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit.

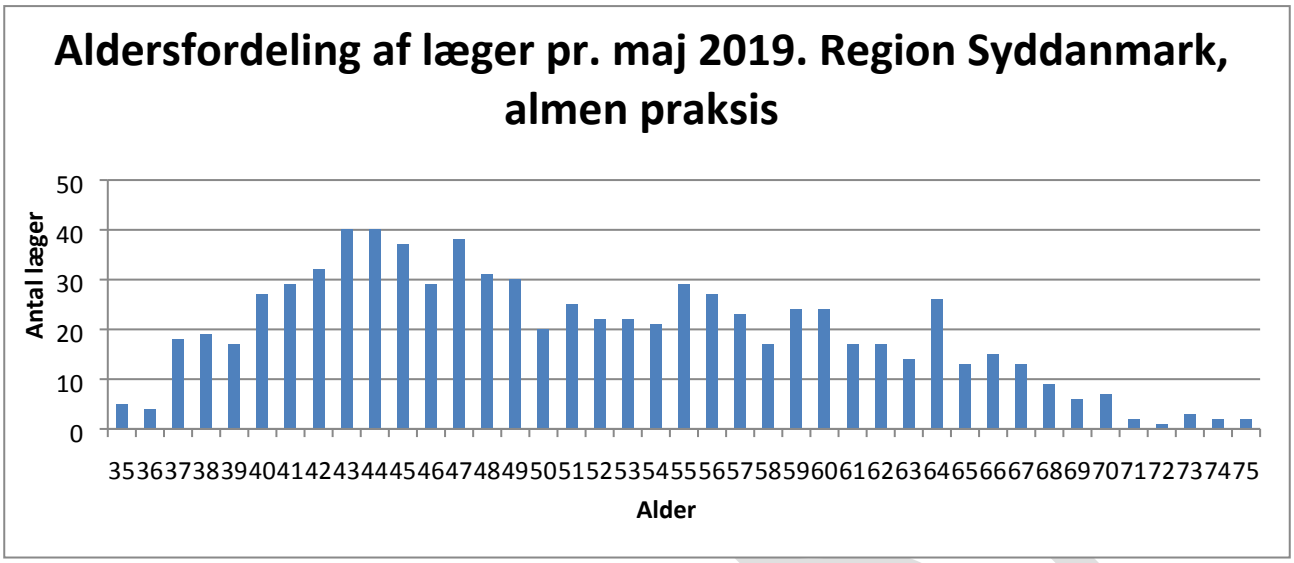
UDKAST

Figur 2: Illustration af procentfordelingen af lægers aldersfordeling (intervaller) i almen praksis eks. udbuds- og regionsklinikker. Fordelt på kommune. Region Syddanmark maj 2019



Kilde: CSC Sygesikring NOTUS

Figur 3: Aldersfordeling af læger i almen praksis, Region Syddanmark maj 2019. Fordelt på alder



Kilde: CSC Sygesikring NOTUS

Af Figur 3 fremgår aldersfordelingen af samtlige læger i almen praksis i Region Syddanmark. Af figuren ses det, at der er en positiv aldersfordeling blandt lægerne med mange læger mellem 40 og 50 år, og en del læger i alderen 55 – 60 år. Der er kun relativt få læger – ca. 15 % - der er over 63 år, med en særlig overvægt af 64 årige.

Med en gennemsnitslig ophørsalder i almen praksis på 66,6 år betyder alderssammensætningen, at der i perioden fra 2019 til 2025 vil være omkring 170 læger, der ophører i praksis i regionen. Af disse er der er en lille overrepræsentation af læger fra Sydvestjylland og Sønderjylland – se endvidere Tabel 6. Af Tabel 5 fremgår det dog, at der er en del læger, der vælger at fortsætte i praksis efter den gennemsnitlige ophørsalder på godt 66 år, hvilket betyder, at der i Tabel 6 bliver en "ophobning" af læger med forventet ophør i 2019. Såfremt disse lægers afgang fra praksis fordeler sig over de kommende år, må der forventes at være en lidt højere afgang fra praksis i de enkelte år frem mod 2025 end tabellen viser. Samtidig vil det sandsynligvis betyde et mere jævnt behov for rekruttering af nye læger ind i almen praksis.

Tabel 6: Antal læger, der når den gennemsnitlige ophørsalder i perioden 2019-2025 i almen praksis Region Syddanmark. Fordelt på uddannelsesområder/sygehusoptageområder. Lægers alder pr. 24. maj 2019

Område	Antal læger i alt	2019*	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2019-2025	Andel 66+ i perioden
Fyn	299	19	4	10	4	8	6	9	60	20 %
Lillebælt	190	11	1	2	5	6	6	3	34	18 %
Sydvestjylland	148	15	5	8	1	0	3	7	39	26 %
Sønderjylland	160	17	2	5	4	3	2	5	38	24 %

Region Syddanmark	**797**	**62**	**12**	**25**	**14**	**17**	**17**	**24**	**171**	**21 %**

Kilde: CSC Scandihealth NOTUS
Note: Opgjort ift. gennemsnitlig ophørsalder 2016-18 (indtil 01.11.18) på 66,6 år ved ophør. Tabel viser antal læger, der når 66 år i de respektive år, samt perioden som helhed. 21,2 % af det nuværende antal læger vil nå den gennemsnitlige ophørsalder inden 2025.
**2019 er det nuværende antal læger, der er over den gennemsnitlige ophørsalder pr. 24. maj 2019*
Note: "Antal læger" inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der kan være skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit.

3.2.4 Tilgang til almen praksis

Dimmensineringen for hoveduddannelsesforløb i Region Syddanmark var i 2019 på 65 forløb. Forløbene er geografisk fordelt på regionens sygehuse. De seneste år har omkring 20 % af hoveduddannelsesstillingerne i regionen været ubesatte, med det største antal ubesatte stillinger i Sydvestjylland, hvor gennemsnitligt 46 % af stillingerne har været besatte, og Sønderjylland hvor gennemsnitligt 57 % af stillingerne har været besatte hen over de sidste 6 år – se endvidere Tabel 7 herunder.

Tabel 7: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin 2014 - 2019

Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i Almen medicin i Region Syddanmark	**Område**	**Årstal**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**I alt**	**%**
	Fyn	Opslåede	19	15	17	18	18	22	**109**	
		Besatte	19	15	17	18	18	22	**109**	**100%**
	Lilebælt	Opslåede	14	13	13	13	12	15	**80**	
		Besatte	14	13	13	13	12	15	**80**	**100%**
	Sydvestjylland	Opslåede	12	12	11	5	11	14	**65**	
		Besatte	9	2	2	4	5	8	**30**	**46%**
	Sønderjylland	Opslåede	10	10	10	10	15	13	**68**	
		Besatte	5	4	5	9	10	6	**39**	**57%**
	Hele regionen	**Opslåede**	**55**	**50**	**51**	**46**	**56**	**64**	**322**	
		Besatte	**47**	**34**	**37**	**44**	**45**	**51**	**258**	**80%**
	Dimensionering		54	54	54	54	56	65	337	

Tabel 7 giver endvidere et overslag over, hvor mange færdiguddannede almen medicinere, der kan forventes de kommende år, i de enkelte områder, gennem en fremskrivning af antallet af besatte hoveduddannelsesforløb. Der må dog samtidig forventes et vist frafald, fraflytning og forsinkelse under uddannelsen.

Gennem en sammenligning af forventet tilgang og forventede ophør i almen praksis (Tabel 8) ses det, at der på kort sigt må forventes fortsat at være en vis mangel på ny-uddannede læger i forhold til antallet af ophørende læger. På længere sigt, forventeligt efter 2022, udlignes forskellen dog, og der forventes at være balance mellem til- og afgang fra almen praksis på regionsplan.

I Sønderjylland og Sydvestjylland må der ud fra prognosen dog stadig forventes en vis rekrutteringsudfordring. Etableringen af lægeuddannelsen i Esbjerg (kandidatdelen fra september 2019) samt den bebudede forøgelse af antallet af hoveduddannelsesforløb fra 2021 forventes dog at betyde, at manglen på speciallæger i almen medicin må forventes at aftage på lang sigt –også i Vest- og Sønderjylland.

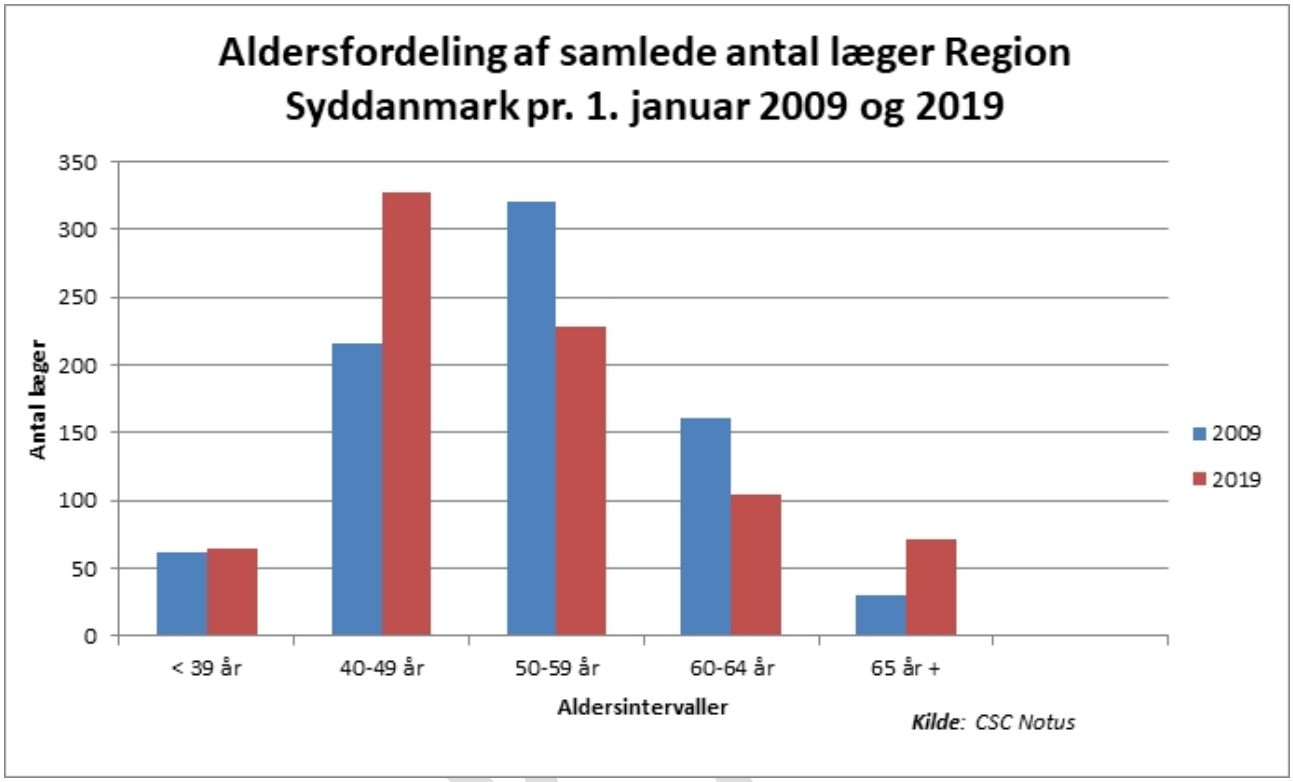
UDKAST

Tabel 8: forventet til- og afgang fra almen praksis 2019 - 2025

		Område				
periode		**Fyn**	**Lillebælt**	**Sydvestjylland**	**Sønderjylland**	**Region Syddanmark**
2019 + 2020	forventede ophør	23	12	20	19	**74**
	afsl. H-udd	19	14	9	5	**47**
2021	forventede ophør	10	2	8	5	**25**
	afsl. H-udd	15	13	2	4	**34**
2022	forventede ophør	4	5	1	4	**14**
	afsl. H-udd	17	13	2	5	**37**
2023	forventede ophør	8	6	0	3	**17**
	afsl. H-udd	18	13	4	9	**44**
2024	forventede ophør	6	6	3	2	**17**
	afsl. H-udd	18	12	5	10	**45**
2025	forventede ophør	9	3	7	5	**24**
	afsl. H-udd	22	15	8	6	**51**
2019 - 2025	**forventede ophør**	**60**	**34**	**39**	**38**	**171**
	afsl. H-udd	**109**	**80**	**30**	**39**	**258**

Kilde: den lægelige efteruddannelse og CSC Scandihealth NOTUS

Figur 4: Sammenligning af lægers alder i januar 2009 og januar 2019, almen praksis – Region Syddanmark. Antal læger fordelt i aldersintervaller



Kilde: CSC Sygesikring NOTUS

Af Figur 4 ovenfor fremgår udviklingen i aldersfordeling af de praktiserende læger i regionen fra 2009 – 2019. Figuren viser, at der i de forløbne ti år er sket et betydeligt generationsskifte i almen praksis, således at der pr. 2019 er en relativ stor andel af læger i aldersgruppen 40 – 49 år, samt i aldersgruppen 60 – 64 år, hvorfor der er en stor gruppe læger til at sikre den fortsatte drift af almen praksis i den kommende planperiode. Samtidig er der dog fortsat behov for fokus på rekruttering og generationsskifte i almen praksis.

4 Befolkningsgrundlag, sygelighed og ydelsesudvikling

I dette afsnit redegøres der for befolkningsudviklingen, samt udvikling i forbruget af ydelser i almen praksis i den foregående periode, da begge forhold er indikatorer for arbejdsbelastningen i almen praksis og dermed behovet for praktiserende læger.

4.1 Befolkningsgrundlag

Tabel 9: Befolkningsfremskrivning Region Syddanmark 2020-2035 og procentændring 2020-35, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	2030	2035	Pct. ændring 2020-35
0-14 år	198.151	194.682	203.250	212.136	7 %
15-24 år	150.036	145.190	137.625	131.321	-12 %
25-34 år	140.599	149.181	145.555	142.350	1 %
35-44 år	138.690	135.631	149.831	158.828	15 %
45-54 år	170.416	156.518	140.864	137.216	-19 %
55-59 år	85.918	87.644	81.183	74.059	-14 %
60-64 år	78.342	83.885	85.840	79.777	2 %
65-69 år	72.378	75.185	81.021	83.301	15 %
70-75 år	85.984	80.236	83.722	90.245	5 %
Over 75	105.294	130.767	145.302	157.471	50 %
I alt	**1.225.808**	**1.238.919**	**1.254.193**	**1.266.704**	**3 %**

Kilde: Danmarks Statistik – Statistikbanken.

Note: Alle tal er opgjort pr. 1. januar i det respektive år

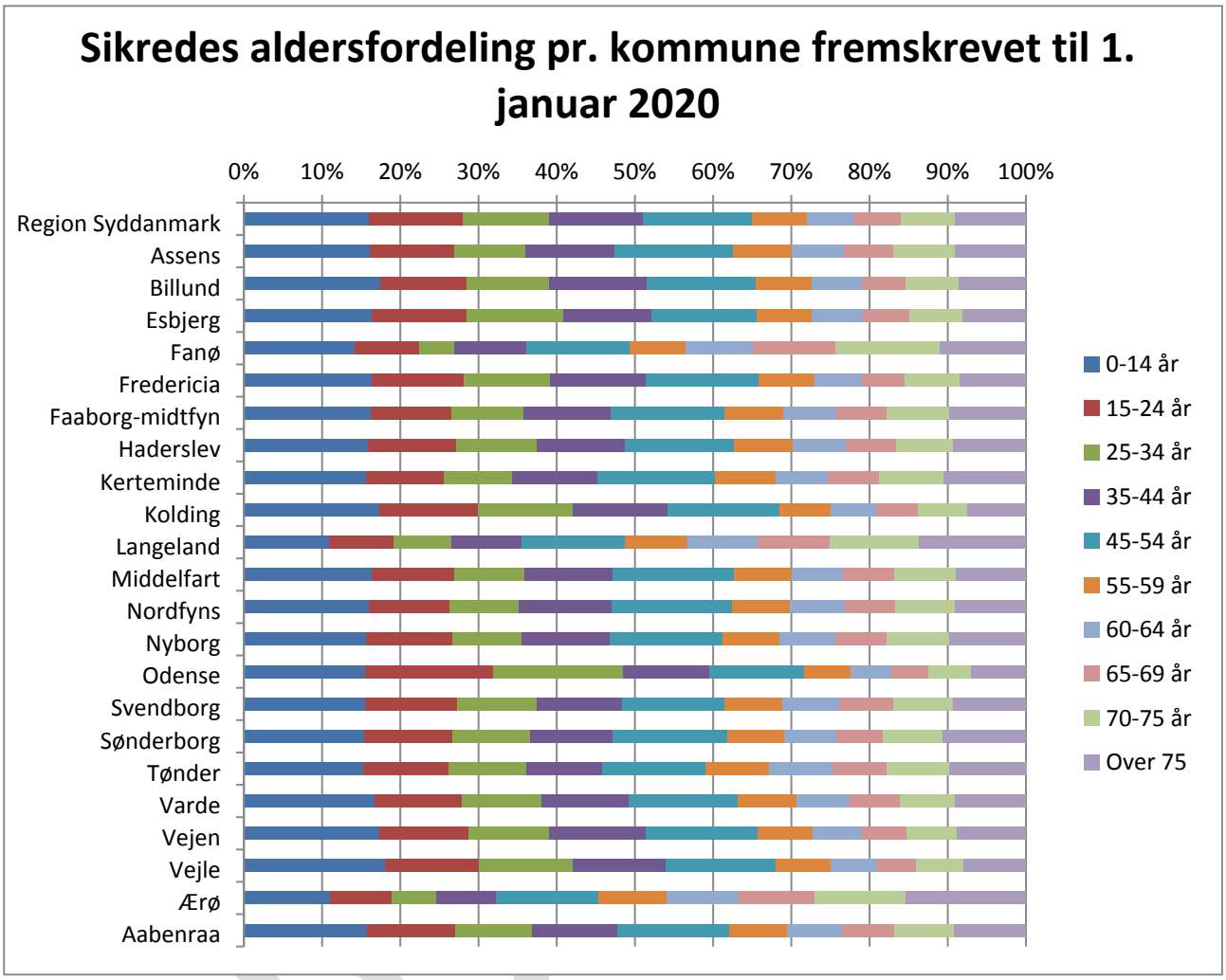
Af Tabel 9 fremgår den forventede befolkningsudvikling i Region Syddanmark i perioden 2020 – 2035. Af tabellen ses det, at der i den kommende planperiode er en forventet stigning i befolkningsgrundlaget på ca. 3 % på regionsplan, men med ret store forskelle mellem aldersgrupperne. Der forventes således en stigning af antallet af 25 – 34 årige, samt en stigning i antallet af personer på 55 – 69 år og i antallet af personer over 75 år.

Særligt de to sidste grupper vil sandsynligvis betyde, at der vil komme et øget forbrug af ydelser i almen praksis i løbet af planperioden, i det antallet af ydelser i almen praksis stiger med patientens alder.

Befolkningens aldersfordeling i de enkelte kommuner ses af **Error! Reference source not found.** nedenfor.

UDKAST

Figur 5: Sikredes aldersfordeling i procent pr. kommune i Region Syddanmark, fremskrevet pr. 1. januar 2020



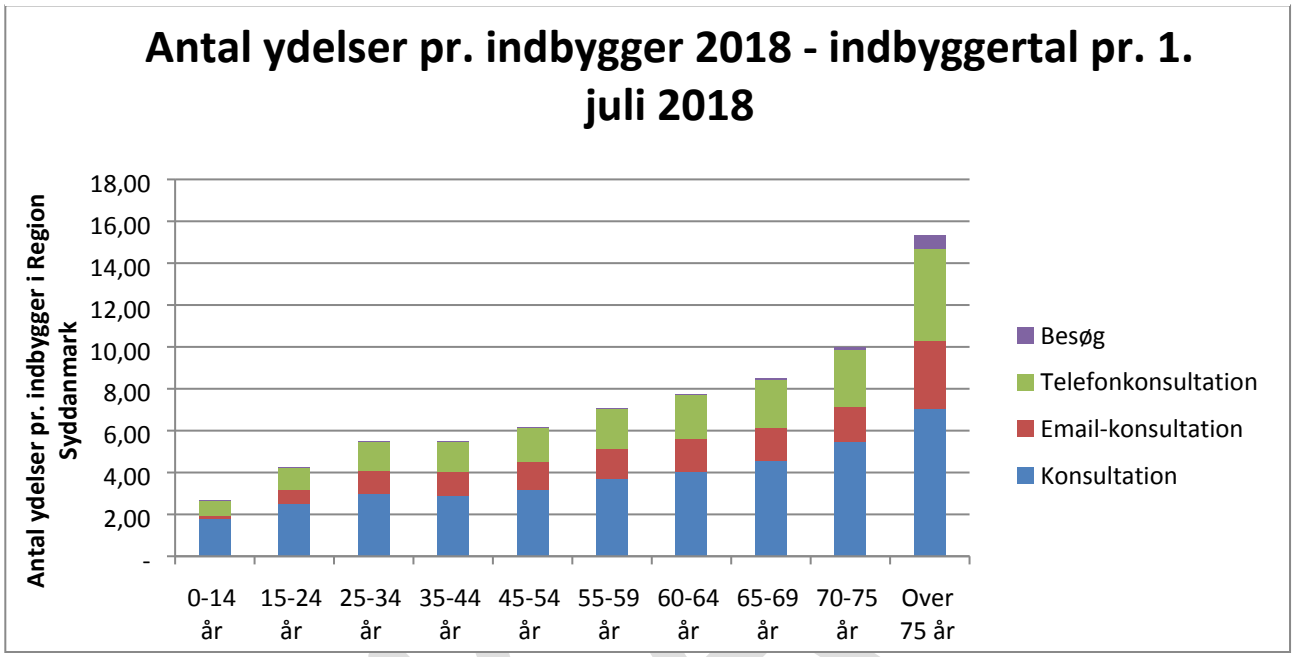
Kilde: Danmarks Statistik – Statistikbanken.
Note: Alle tal er opgjort pr. 1. januar i det respektive år

Af Figur 5 fremgår det, at der er væsentlige forskelle i aldersfordelingen af de sikrede i de respektive kommuner.

På Regionsplan er der således ca. 50 % af de sikrede, der er under 45 år, men Billund-, Esbjerg-, Fredericia-, Kolding, Odense-, Vejle og Vejen Kommune skiller sig ud ved at have en yngre befolkning, idet over halvdelen af de sikrede under 45 år. Især Odense skiller sig ud, idet knap 60 % af populationen er under 45 år. Omvendt er over 50 % af de sikrede i Fanø-, Langeland og Ærø Kommune over 55 år.

4.2 Sygelighed

Figur 6: Antal grundydelser pr. indbygger i Region Syddanmark pr. 1. juli 2018, fordelt på aldersgrupper og ydelsestype



Kilde: CSC Scandihealth TARGIT og Danmarks statistikbank

Som det fremgår af Figur 6 stiger forbruget af ydelser i almen praksis med borgernes alder, hvorfor borgernes aldersfordeling har betydning for arbejdsbelastningen i almen praksis og skal tages i betragtning ved vurdering af behov for kapacitet i almen praksis.

4.3 Ydelsesudvikling

Af Tabel 10 nedenfor fremgår udviklingen i de mest almindelige ydelser i almen praksis, nemlig konsultation, e-konsultation og telefonkonsultation. Som det ses af tabellen er der sket et samlet fald i antal ydelser i dagtid på 2 % i perioden 2014 – 2018. Antallet af konsultationer er relativt jævnt hen over perioden, dog med en svagt faldende tendens. Samtidig er der særligt sket en forøgelse af brugen af e-konsultationer, der i en vis grad modsvares af et fald i antallet af telefonkonsultationer.

I vagttid har der været et samlet fald i antal ydelser på 5 %. I vagttiden er det særligt antallet af konsultationer og besøg, der er faldet.

Tabel 10: Udviklingen i antallet af ydelser i almen praksis Region Syddanmark fra 2014-18 samt procentændring. Dagtid og vagttid.

	2014	2015	2016	2017	2018	2014-18
DAGTID						Ændring i pct.
Konsultation	4.444.679	4.395.113	4.390.176	4.375.555	4.230.008	-5 %
Email-konsultation	1.011.888	1.181.416	1.260.644	1.411.504	1.506.609	49 %
Telefonkonsultation	2.597.686	2.479.385	2.398.928	2.329.224	2.136.941	-18 %
Besøg	76.262	71.845	68.005	69.734	83.286	9 %

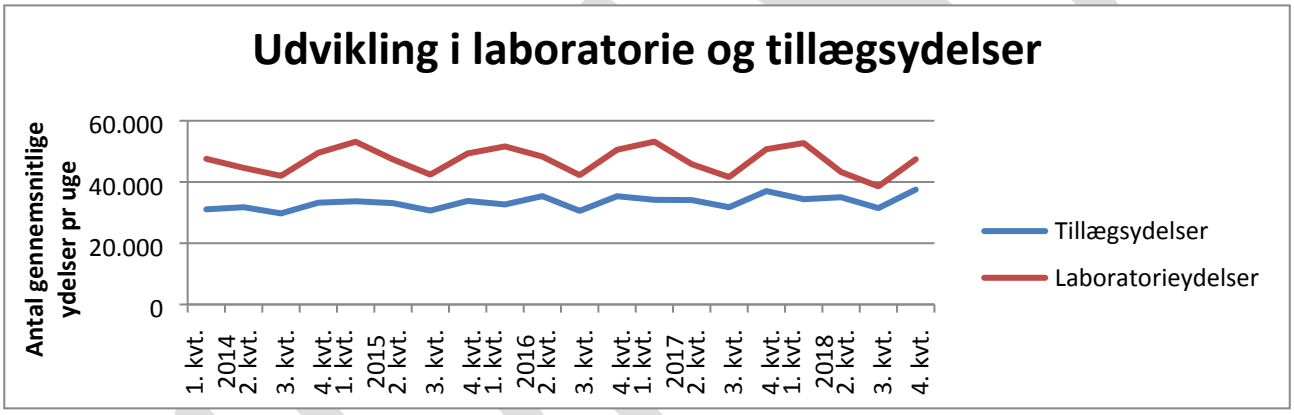
Kronikerydelser	0	0	0	232.145	399.649	100 %
I alt	**8.130.515**	**8.127.759**	**8.117.753**	**8.418.162**	**8.356.493**	**3 %**
VAGTTID						
Konsultation	235.211	219.850	220.144	216.341	216.650	-8 %
Telefonkonsultation	696.271	682.915	687.088	659.351	666.974	-4 %
Besøg	52.268	50.510	48.902	47.520	47.314	-9%
I alt	**983.750**	**953.275**	**956.134**	**923.212**	**930.938**	**-5%**

Kilde: CSC Scandihealth TARGIT

Note: Telefonkonsultation (vagttid) dækker over flere ydelseskoder (0501, 0602 og 0201).

Figur 7 herunder viser udviklingen i laboratorie og tillægsydelser i almen praksis i perioden 2014 til 2018. Figuren viser en ret jævn udvikling i antallet af ydelser med en mulig tendens mod et fald i antallet af laboratorieydelser og en let stigning i antallet af tillægsydelser.

Figur 7: Illustration af udviklingen i det gennemsnitlige antal af ugentlige laboratorie- og tillægsydelser i almen praksis, Region Syddanmark 2014-18.



Kilde: CSC Scandihealth TARGIT.

Note: Der er lavet et gennemsnit over antallet af afregningsuger, visse kvartaler afviger i antallet af afregningsuger

Tabel 11 nedenfor viser udviklingen i udgiften til almen praksis i perioden 2014 til 2018 i løbende priser. I perioden har der været en samlet stigning på ca. 10 % fra 1,8 mia. kr. i 2014 til godt 2 mia. kr. i 2018. Stigningen er særligt sket fra 2017 til 2018 grundet ny overenskomst, der blandt andet omfatter en forhøjelse af basishonoraret og et særligt "kronikerhonorar", som vurderes at være grundlag for en stor del af stigningen på knap 5 % fra 2017.

Tabel 11: Udgifter til almen lægehjælp. Region Syddanmark. Regnskab 2014-2018 i mio. kr

	2014	2015	2016	2017	2018
Mio. kr.	1.851	1.885	1.916	1.943	2.038
Årlig ændring i %	-	1,8 %	1,6 %	1,4 %	4,9 %

Kilde: Regnskabstal 2014 -2018 – løbende priser.

5 Principper for kapacitetsplanlægning

I dette kapitel præsenteres de grundlæggende principper for kapacitetsplanlægningen i forhold til almen praksis i Region Syddanmark. Principperne finder anvendelse i den løbende drøftelse af lægedækningen samt ved ophør i almen praksis, eller ved konstateret behov for nye ydernumre.

5.1 Planlægningsområder

Der tages udgangspunkt i kommunerne som planlægningsområder.

Kommunerne kan deskriptivt opdeles i mindre underområder, typisk ved lægemangel i geografiske delområder af en kommune, hvor det ikke vurderes hensigtsmæssigt at kategorisere hele kommunen som lægedækningstruet jf. Overenskomstens §§ 19 og 21 om mulighed for deletilladelser og ansatte læger.

Byer, med over 50.000 indbyggere (Odense, Esbjerg, Kolding, Vejle) opdeles forsøgsvist i planlægningsmæssige underområder. Opdelingen sker for at understøtte, at der i disse byer etableres lægepraksis i de større, tætbefolkede boligområder uden for bykernen. Ved opdelingen af byerne er der jf. "Strategi for sikring af Lægedækning i Region Syddanmark" taget højde for de sundhedsmæssige udfordringer, som præger udsatte boligområder.

Underopdelingen af byerne har følgende betydning ved beslutning om placering og tildeling af ydernumre i de fire byer:

<u>Udmøntning af ydernumre:</u>

Ydernumre kan opslås til nedsættelse i specifikt underområde

Ydernumre kan opslås med forrang for læger, der ønsker at nedsætte sig i et specifikt underområde

Inddragede og andre ledigblevne ydernumre kan opslås med forrang for læger, der ønsker at nedsætte sig i et specifikt underområde/postnummer, desuagtet at det ledigblevne ydernummer ikke kommer fra samme underområde, såfremt dette skønnes hensigtsmæssigt ud fra en samlet vurdering af lægedækningen i kommunen.

<u>Flytning af ydernumre:</u>

Flytning af ydernumre fra et specifikt underområde i en by til by-kernen skal drøftes i Praksisplanudvalget med henblik på anbefaling til Regionsrådet, der har den endelige beslutningskompetence i forhold til flytning af kapaciteter.

Ydernumre placeret i by-kernen kan flyttes til et specifikt underområde, såfremt forholdene taler for det.

5.2 Praksisstruktur

Det vurderes, at der er en fornuftig lægedækning i regionen, og at der ikke er geografiske områder, hvor fordelingen af praksis kræver aktiv indgriben.

UDKAST

Praksisplanen tager derfor udgangspunkt i den nuværende placering af praksis i regionen, og der arbejdes ikke aktivt på flytning eller nedlukning af eksisterende praksis.

Ved ophør i praksis, hvor det ikke lykkes afgående læge at sælge praksis, og ydenummeret dermed overgår til regionen, kan der dog afhængig af behov og i henhold til principperne for kapacitetsplanlægningen, ske en flytning af ydernummeret eller lukning af pågældende praksis.

5.2.1 Bæredygtige praksis

Praksisplanudvalget ønsker at understøtte "bæredygtige lægepraksis". Hermed forstås en praksis, der er attraktiv for patienterne og for lægerne at arbejde i, og som kan leve op til fremtidens krav.

En bæredygtig praksis kan karakteriseres ved følgende:

- Har i vid udstrækning uddannelseslæger tilknyttet
- Råder over tidssvarende it-udstyr i forhold til drift og patientbehandling
- Råder over det fornødne diagnosticeringsudstyr
- Drives fra hensigtsmæssige lokaler, herunder handicapvenlige lokaler
- Har et integreret samarbejde med relevante kommuner
- Forholder sig til og følger udsendte vejledninger m.m. i forhold til patientforløb
- Udvikler det faglige miljø i og udenfor praksis
- Følger op på patienter, som har været i behandling i det sekundære sundhedsvæsen
- Lægger vægt på forebyggende elementer i patientkontakten.

Ønsket om at understøtte en praksisstruktur bestående af bæredygtige praksis betyder, at der ved ophør i praksis, ønske om flytning og ved etablering af nye praksis tilgodeses løsninger, som medvirker til at sikre en bæredygtig praksis og praksisstruktur.

5.2.2 Indikatorer for lægedækning i et område

Ved vurdering af lægedækningen i et område og evt. behov for indsats tages der udgangspunkt i:

- antal patienter pr. kapacitet
- antal praksis, der er åbne henholdsvis lukkede for tilgang
- lav ekstra patientkapacitet i området (kun plads til få ekstra patienter i praksis)
- lægernes alder og forventede ophør
- befolkningsudviklingen i området
- kendskab til særlige forhold i lægepraksis i området, herunder lægers sygdom eller kommende ophør
- behov for oprettelse af udbuds- eller regionsklinikker i området

Det er Lægedækningsgruppen under Praksisplanudvalget, der løbende følger udviklingen i lægedækningen i regionen og udpeger de lægedækningstruede områder i henhold til Overenskomstens §§19 og 21.

Udpegning af de lægedækningstruede områder sker med udgangspunkt i ovenstående kriterier og under samtidig inddragelse af skøn over udvikling og behov i området.

UDKAST

6 Redskaber til sikring af lægedækning

Regionen er forsyningspligtigt, og tager derfor forskellige redskaber og initiativer i anvendelse for at sikre lægedækningen, både på kortere og længere sigt. På den korte bane drejer disse sig overordnet set om at sikre lægedækningen i henhold til Praksisplanen i de tilfælde, hvor en læge ophører, uden at have fundet en køber til sin praksis.

På den længere bane arbejder regionen med langsigtede strategier for at sikre fremtidens lægedækning, herunder sikre fødekæden af almen medicinere til almen praksis.

Et af de vigtigste parametre til sikringen af lægedækningen, er planlægning og rettidig omhu. Regionen gør løbende status for lægedækningen i alle områder i regionen, med henblik på at være rustet til at håndtere ophørsvarsler, befolkningstilvækst og ændringer i demografiske forhold mv. Det betyder, at regionen løbende moniterer antallet af sikrede pr. praksis, lægernes alder og om der er særlige lokale forhold, som gør sig gældende.

6.1 Rekrutteringsindsats

Ved konkrete ophør i praksis understøtter regionen overdragelsen af praksis til en ny læge ved at regionen via sine netværk og samarbejdspartnere, samt ved almindelig markedsføring, arbejder konkret på at finde en PLO-læge, der kan overtage den ophørende læges praksis.

På den længere bane sker der en målrettet og intensiv rekrutteringsindsats, der har til formål at øge de yngre lægers kendskab til de geografiske områder, som vil mangle læger inden for kortere tid.

Der arbejdes blandt andet med en håndholdt match-making model, som bringer ældre og yngre læger sammen, med henblik på at skabe de bedst mulige rammer for køb og salg af praksis, når den ældre læge nærmere sig pensionsalderen. Endvidere arbejdes der på mere overordnet plan med at sikre, at der bl.a. er et tilstrækkeligt antal uddannelsesstillinger i de berørte områder, samt på i almindelighed at øge kendskabet til almen praksis og driften heraf.

6.2 Udpegning af lægedækningstruede områder

Overenskomsten giver nogle særlige rettigheder til praksis, som er beliggende i lægedækningstruede områder. Disse rettigheder kan virke rekrutteringsfremmende, og derved være med til at sikre, at et område med tiden ikke længere er lægedækningstruet. De rettigheder, som disse praksis kan gøre brug af, er retten til at etablere delepraksis uden at ansøge Samarbejdsudvalget herom, øge brugen af ansatte læger og til at modtage økonomisk godtgørelse ved sygdom eller barsel for ansatte læger. Disse muligheder gør det nemmere for praksis i de lægedækningstruede områder at ansætte læger, som derved får mulighed for at prøve arbejdet i praksis af, uden at skulle købe sig ind. Omvendt får disse praksis muligheden for at ansætte læger, uden at det får økonomiske konsekvenser, hvis de skal på barsel eller bliver ramt af sygdom. Det bemærkes, at udpegningen af lægedækningstruede områder efter overenskomstens bestemmelser, ikke nødvendigvis er sammenfaldet med de områder, der udpeges som lægedækningstruede i relation til udbetalingen af differentieret basishonorar.

Det er Lægedækningsgruppen under Praksisplanudvalget, der udpeger de lægedækningstruede områder efter en konkret vurdering.

UDKAST

6.3 Udbud og regionsklinikker

I de tilfælde, hvor det ikke lykkes for en praktiserende læge eller regionen at sikre den videre drift af et ydernummer/klinik ved ophør, og det vurderes, at der er behov for kapaciteten i området, vil regionen jf. Sundhedsloven iværksætte et udbud eller etablere en regionsklinik.

6.4 Strukturelle tiltag:

6.4.1 Lægeuddannelse

I september 2019 starter lægestudiet op i Esbjerg (bachelordelen finder dog sted på SDU, Odense). Ved påbegyndelse af kandidatdelen skal 30 studerende overflyttes til Esbjerg. De studerende vil komme i klinikophold, bl.a. i almen medicin. Som noget nyt arrangeres, at de studerende har tilknytning til stamafdelinger – som også kan være en praksis - på de semestre, hvor de ikke er i klinik. Antal pladser i praksis er ikke endeligt aftalt endnu, men i en lægedækningssammenhæng vil det være vigtigt at være opmærksomme på de forventeligt øgede muligheder for at sikre lægerne tilknytning til de områder, hvor der mangler læger.

Der er praksis nok til klinikophold, da der tilsammen på SDU Odense/Esbjerg ikke er flere kandidatstuderende, end der er i dag, men igen bliver det vigtigt at sikre tilstrækkeligt med tutorpraksis i de områder, hvor der er mangel på praktiserende læger.

Der er desuden planer om at etablere en satellit af Forskningsenheden for Almen Praksis i Esbjerg, hvilket også må forventes at øge mulighederne for at knytte læger til området i og omkring Esbjerg.

Der er et godt samarbejde mellem Den Lægelige Videreuddannelse og Praksis' rekrutteringsteam med regelmæssige møder for at udveksle oplysninger om, hvor der evt. er rekrutteringsudfordringer og hvor der specielt mangler praktiserende læger nu og i de kommende år. Dette gode samarbejde fortsætter de kommende år. Regionen prøver at fordele uddannelsesstillingerne geografisk bredt i hele regionen og forsøger både at opslå forløb i de større byer, hvor de lettest bliver besat – men også i yderområder, hvor søgningen er mindre. Manglen på praktiserende læger i nogle områder inddrages i planlægningen af forløb. Der er en tendens til øget søgning til almen medicin i de her år, så håbet er snart at kunne besætte alle opslåede forløb.

6.4.2 Sundhedshuse

Der har de seneste mange år fra både regionens og en række kommuners side været fokus på etablering af sundhedshuse i regionen. Regionen og en række kommuner indgår aktivt i arbejdet med etablering af sundhedshuse, herunder er der løbende opmærksomhed på mulighederne for at søge midler i de nationalt udmøntede puljer.

I 2017 godkendte Regionsrådet et rammepapir for udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Heri indgår sundhedshuse som et blandt flere initiativer, der kræver tæt samarbejde med almen praksis og kommuner. Hvor sundhedshusene i starten primært havde afsæt i fremme af rekruttering bliver næste skridt med hensyn til videreudviklingen af sundhedshusene at skabe nye former for samarbejde, herunder afprøve fælles ledelse, fælles opgavevaretagelse m.m. Af regionens strategi for sundhedshuse fremgår, at de strategiske sigtepunkter for arbejdet med sundhedshuse er:

UDKAST

- At Region Syddanmark med sundhedshuse ønsker at være til stede lokalt og også at etablere sundhedstilbud, som er tæt på og let tilgængelige for borgere og patienter lokalt, hvor de bor og lever. Sundhedshusene skal komplementere det eksisterende sundhedsvæsen.
- At sundhedshusene på nogle punkter er ens, mens de på andre er forskellige. Funktioner kan være forskellige fra hus til hus, afhængig af lokale behov og betingelser, fx sundhedsprofilen for den geografi, som sundhedshuset dækker. Det betyder konkret, at noget gælder alle sundhedshuse, mens andet ikke gør.
- At arbejdet med sundhedshuse for regionens del skal medvirke til at indfri pejlemærker og visioner og mål fra både sundhedsplan og sundhedsaftale, herunder de mål og politiske prioriteringer, som skal udmøntes derunder. Det betyder, at formålet med sundhedshusene skal ses i rammen af arbejdet med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor lægedækning er én blandt flere udfordringer.
- At tilgangen til arbejdet med sundhedshuse med kommunale og regionale funktioner er, at husene – uanset det konkrete ejerforhold – arbejdes med som fælles huse.
- At samme kvalitet og høje standard, inden for de givne ressourcemæssige rammer, leveres i alle dele af sundhedsvæsenet, hvor regionen har myndighedsansvaret, også i sundhedshusene.
- At arbejdet med udvikling af sundhedshuse som udgangspunkt finder sted i regi af det tværsektorielle samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksisområdet, og det starter med dialog, som kan være foranlediget af en kommunal henvendelse eller være på Regionsrådets initiativ.

6.4.3 Samarbejde med kommunerne

Samarbejde mellem regionen og kommunerne om lægedækningen er meget vigtigt. Der er en gensidig interesse i, at borgere i alle dele af regionen har lægevalg. Regionen er således løbende i tæt dialog med kommunerne om sikring af lægedækningen. Udover den løbende dialog involveres kommunerne direkte i regionens rekrutteringsinitiativer, ligesom regionen gerne bidrager til kommuners egne lægedækningsstrategier.

6.4.4 Overenskomstens bestemmelser om differentieret basishonorar

I Overenskomst for almen praksis 2018 er der etableret en central ordning vedr. differentieret basishonorar til praksis beliggende i lægedækningstruede områder og til praktiserende læger med en patienttyngde over gennemsnittet.

Der er i alt afsat 60 mio. kr. årligt til udmøntning gennem differentieret basishonorar. 40 % af puljen skal fordeles ligeligt pr. patient til praksis med konsultationsadresse i lægedækningstruede områder, mens 60 % fordeles til praksis med en patienttyngde over gennemsnittet.

Differentieret basishonorar til praksis med en patienttyngde over gennemsnittet.

Differentieret basishonorar til praksis med en patienttyngde over gennemsnittet beregnes på baggrund af de tilmeldte patienters alder, køn og komorbiditet. Komorbiditeten beregnes ud fra diagnosekoder registreret på sygehusene i perioden 2012 til 2016.

Modellen for beregning af det differentierede basishonorar er fastlagt for hele overenskomstperioden, men fordelingen af midlerne i ordningen genberegnes hvert år på baggrund af patientpopulationen i praksis pr. 1. januar det pågældende år.

Differentieret basishonorar til praksis beliggende i lægedækningstruede områder

Jf. overenskomsten har regionerne i fællesskab fastlagt kriterier for udpegning af lægedækningstruede områder med henblik på udbetaling af differentieret basishonorar. De lægedækningstruede områder fastlægges pr. 1. maj 2018 og fastlægges for en 3-årig periode.

Den valgte model tilgodeser især områder, hvor der er etableret lægetilbud efter sundhedslovens § 227 (udbuds-, og regionsklinikker mv.). Dette vurderes som en stærk indikator for, om et område er lægedækningstruet, idet tilstedeværelsen af et tilbud efter sundhedsloven angiver, at der i det pågældende område ikke er, eller har været mulighed for at rekruttere alment praktiserende læger.

De samlede kriterier, der indgår i modellen for udpegning af lægedækningstruede områder i forhold til udbetaling af differentieret basishonorar, er følgende:

- Andel læger over 63 år
- Andel borgere på overførselsindkomst (socio-økonomi)
- Tilbud i henhold til sundhedsloven (udbuds- og regionsklinikker)
- Handler af praksis

I modellen er der endvidere indbygget en korrektionsfaktor for storbyer (over 50.000 indbyggere), da det vurderes, at evt. udfordringer med at sikre lægedækning i de større byer, ofte kan løses gennem udmøntning af nye ydernumre.

I Region Syddanmark er praksis beliggende i områderne: Ølgod-Ansager, Langeland, Nordals, Fåborg og Nyborg[8] omfattet af differentieret basishonorar til praksis i lægedækningstruede områder.

7 Gennemgang af de enkelte planlægningsområder

I de følgende kapitler gennemgås lægedækningen for hver kommune. Beskrivelsen omfatter befolkningsgrundlaget i kommunen, herunder forventet udvikling i antal og aldersfordeling, praksisstruktur i kommunen, herunder fordeling på praksistype og lægernes alderssammensætning.

For hver kommune opstilles endvidere et estimat over behovet for rekruttering af læger til området i den kommende planperiode. Estimatet opstilles dels ud fra forventede ophør i praksis (lægens alder) og dels ud fra den forventede udvikling i befolkningsgrundlaget, altså både til opretholdelse af den nuværende kapacitet i området og behovet for nye kapaciteter/ydernumre i kommunen.

Kapacitetsdelen i praksisplan beskriver praksisstrukturen i regionen: Hvor der *er* praksis, hvor der *skal* være praksis og hvor der *kan* være praksis.

Forskellen på hvor der ”kan” være praksis og hvor der ”skal” være praksis består i, at ved udsigt til lukning af (sidste) praksis i et ”skal” område, yder regionen en særlig indsats for at sikre rekruttering af læger til

[8] Til brug for modellen er der blevet defineret 56 planlægnings-/lægedækningsområder i Region Syddanmark, idet kommunerne vurderes at være for store planlægningsområder, når der skal sikres en målrettet og præcis udbetaling til lægedækningstruede områder. Områderne tager udgangspunkt i postdistrikter, og Ølgod- Ansager-området dækker således ind over den nordlige del af Billund Kommune.

praksis eller iværksætter udbud mv. for at sikre lægedækning i området. For praksis i ”kan”-områder, vil regionens aktive indsats for sikring af lægedækningen afhænge af en vurdering i det konkrete tilfælde.

UDKAST

8 Assens Kommune

8.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 10: kapacitetsbeskrivelse Assens Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	**8**	**27**	**3**			
Kompagniskabspraksis	7	26	3			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	*2*	*7*				
Enkeltmandspraksis	1	1				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	*0*	*0*				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	*0*	*0*				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**27**					
Lægernes gennemsnitalder	51,8					
Antal læger på 50+ år	15	56 %				
Antal læger på 60+ år	4	15 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	1	11	11	3	1	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	38.579	Antal		1.429		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	41.212	41.215	41.221	41.224	41.245	41.722
Ændring	-	+3	+6	+3	+21	+477
Akkumuleret ændring	-	+3	+9	+12	+33	+510
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	1			1		9
Ubesatte kapaciteter	3					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**4**			**1**		**9**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

8.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

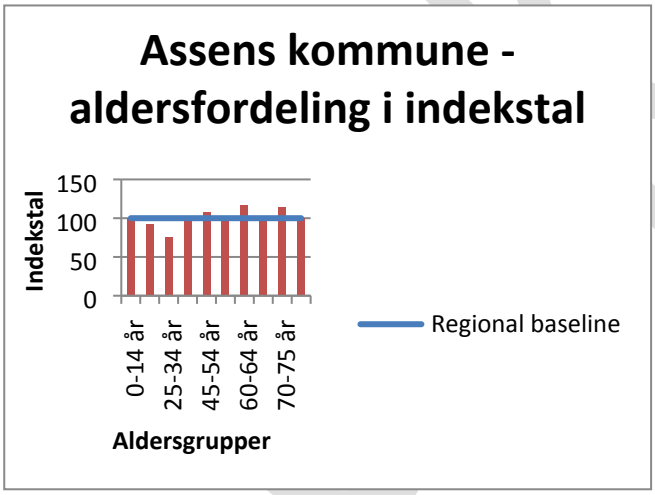
Tabel 11: Befolkningsudvikling 2020-25, Assens kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	6.666	6.477	-3 %
15-24 år	4.404	4.196	-5 %
25-34 år	3.786	4.135	9 %
35-44 år	4.666	4.457	-4 %
45-54 år	6.251	5.564	-11 %
55-59 år	3.080	3.240	5 %
60-64 år	2.797	2.999	7 %
65-69 år	2.601	2.673	3 %
70-75 år	3.252	2.873	-12 %
Over 75	3.705	4.723	27 %
Total	41.208	41.337	0 %

Kilde: Danmarks Statistikbank

Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 8: Aldersfordeling af borgere i Assens Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank

Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

8.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er en fin praksisstruktur i kommunen, og kun en enkelt solopraksis. Lægernes aldersfordeling giver overordnet set ikke anledning til lægedækningsproblemer i indeværende planperiode. Dog er der 3 ubesatte kapaciteter i kommunen. Der skal arbejdes intenst med besættelse af disse kapaciteter, således at der også er mulighed for generationsskifte for byens ældste læger i løbet af de kommende år. Antallet af sikrede pr. kapacitet er under normtallet og under gennemsnittet for regionen.

8.4 Fremtidig struktur

Der kan fremadrettet være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Assens, Vissenbjerg, Glamsbjerg, Haarby, Aarup og Tommerup/Tommerup stationsby.

UDKAST

9 Billund kommune

9.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 12: kapacitetsbeskrivelse Billund Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	**11**	**20**	**1**			
Kompagniskabspraksis	6	15	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	*1*	*2*				
Enkeltmandspraksis	4	4				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	*0*	*0*				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	*2*	*3*				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	1	1				
Antal læger	**20**					
Lægernes gennemsnitalder	54,5					
Antal læger på 50+ år	13	65 %				
Antal læger på 60+ år	9	45 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	1	6	4	6	3	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	29.497	Antal		1.475		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	26.629	26.681	26.733	26.780	26.838	27.355
Ændring	-	+52	+52	+47	+58	+517
Akkumuleret ændring	-	+52	+104	+151	+209	+726
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	3		2			5
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**4**		**2**			**5**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

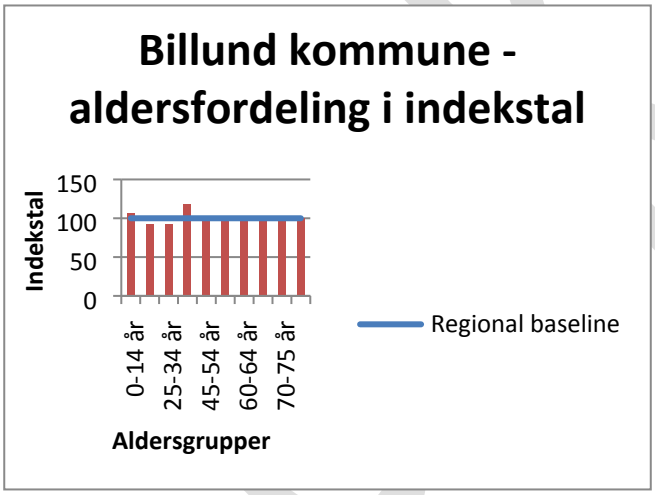
9.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 13: Befolkningsudvikling 2020-25, Billund kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	4.649	4.565	-2 %
15-24 år	2.960	2.871	-3 %
25-34 år	2.803	2.840	1 %
35-44 år	3.343	3.368	1 %
45-54 år	3.717	3.475	-7 %
55-59 år	1.903	1.922	1 %
60-64 år	1.714	1.850	8 %
65-69 år	1.506	1.611	7 %
70-75 år	1.817	1.676	-8 %
Over 75	2.269	2.800	23 %
Total	26.681	26.978	1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 9: Aldersfordeling af borgere i Billund Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

9.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der har gennem den forrige planperiode været rekrutteringsproblemer i området, og der er fortsat rekrutteringsproblemer i både Billund og Grindsted by. I Grindsted giver aldersprofilen anledning til en vis bekymring, ligesom udbudsklinikken gerne skulle afvikles og erstattes med PLO-lægerne i planperioden. I Billund by er aldersprofilen bedre, men der er fortsat et ubesat ydernummer i Billund, som skal søges afsat til en eksisterende praksis eller en ny-nedsat PLO-læge. I de øvrige dele af kommunen er der stabil lægedækning, dog er der behov for opmærksomhed på aldersprofilen i Vorbasse. Antallet af sikrede pr.

kapacitet er noget under normtallet og gennemsnittet for regionen, men dertil kommer et stort antal turister i højsæsonerne.

9.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de nuværende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Billund, Grindsted, Sdr. Omme og Vorbasse. I Sdr. Omme og Vorbasse betjenes der er stort opland, herunder også patienter bor udenfor regionen. Der skal fortsat arbejdes for en bæredygtig praksisstruktur, herunder arbejdes der i samarbejde med kommunen på at facilitere lokaler, der kan rumme flermandspraksis i fremtiden.

UDKAST

10 Esbjerg Kommune

10.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 14: kapacitetsbeskrivelse Esbjerg Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	**38**	**74**	**5**			
Kompagniskabspraksis	16	50	5			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	*1*	*4*				
Enkeltmandspraksis	20	20				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	*0*	*0*				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	*12*	*12*				
Regionsklinikker	1	1				
Udbudsklinikker	1	3				
Antal læger	**71**					
Lægernes gennemsnitalder	51,7					
Antal læger på 50+ år	34	50 %				
Antal læger på 60+ år	18	26 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	10	24	16	8	10	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	115.239	Antal		1.557		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	115.652	115.653	115.667	115.682	115.714	116.177
Ændring	-	+1	+14	+15	+32	+463
Akkumuleret ændring	-	+1	+15	+30	+62	+525
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	7	3	5			15
Ubesatte kapaciteter	5					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**12**	**3**	**5**			**15**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

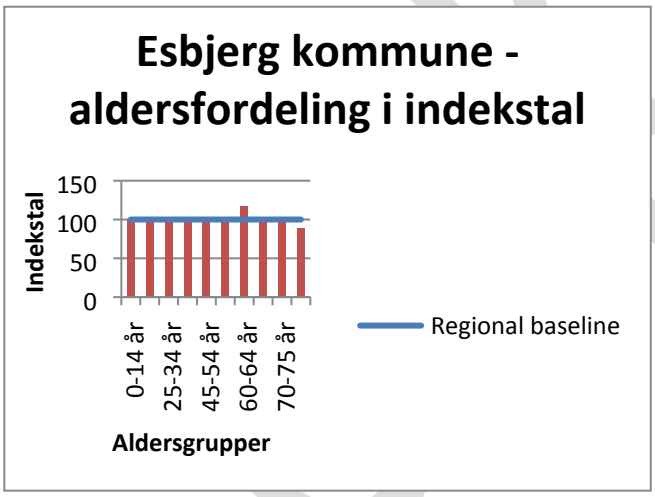
10.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 15: Befolkningsudvikling 2020-25, Esbjerg kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	18.925	18.684	-1 %
15-24 år	14.089	13.557	-4 %
25-34 år	14.308	14.513	1 %
35-44 år	12.941	12.679	-2 %
45-54 år	15.646	14.127	-10 %
55-59 år	8.099	7.961	-2 %
60-64 år	7.523	7.785	3 %
65-69 år	6.922	7.120	3 %
70-75 år	7.862	7.595	-3 %
Over 75	9.341	11.809	26 %
Total	115.656	115.830	0 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 10: Aldersfordeling af borgere i Esbjerg Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

10.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der har gennem længere tid været lægedæknings- og rekrutteringsproblemer, hvorfor der er oprettet både en udbuds- og en regionsklinik i Esbjerg by. Der er en stor andel af enkeltmandspraksis i området, ligesom aldersprofilen blandt lægerne giver anledning til opmærksomhed. Der skal arbejdes målrettet med rekrutteringen til området i den kommende planperiode. Lægeuddannelsen starter op i Esbjerg i 2020, hvilket forventes at have positive effekter på lægedækningen på langt sigt, men indtil da, er der behov for

en styrket rekrutteringsindsats. Antallet af sikrede pr. kapacitet er tæt på normtallet og lidt over gennemsnittet for regionen.

10.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Esbjerg, Ribe, Bramming og Gørding. For så vidt angår Esbjerg by, er det ønskværdigt, at der kommer en større geografisk spredning af praksis. Det er ligeledes ønskværdigt, hvis der er læger, som ønsker at nedsætte sig i de socialt udsatte boligområder i Esbjerg. Esbjerg by deles op i følgende planlægningsområder:

- Esbjerg C (6700)
- Esbjerg N og V (6710-6715)
- Esbjerg Ø (6705)

UDKAST

11 Fanø Kommune

11.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 16: kapacitetsbeskrivelse Fanø Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	**1**	**2**				
Kompagniskabspraksis	1	2				
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	*0*	*0*				
Enkeltmandspraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	*0*	*0*				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	*0*	*0*				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**2**					
Lægernes gennemsnitalder	71					
Antal læger på 50+ år	2	100 %				
Antal læger på 60+ år	2	100 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	0	0	0	0	2	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	3.249	Antal		1.625		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	3.404	3.432	3.458	3.481	3.502	3.622
Ændring	-	+28	+26	+23	+21	+120
Akkumuleret ændring	-	+28	+54	+77	+98	+218
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	2					
Ubesatte kapaciteter	0					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**2**					

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

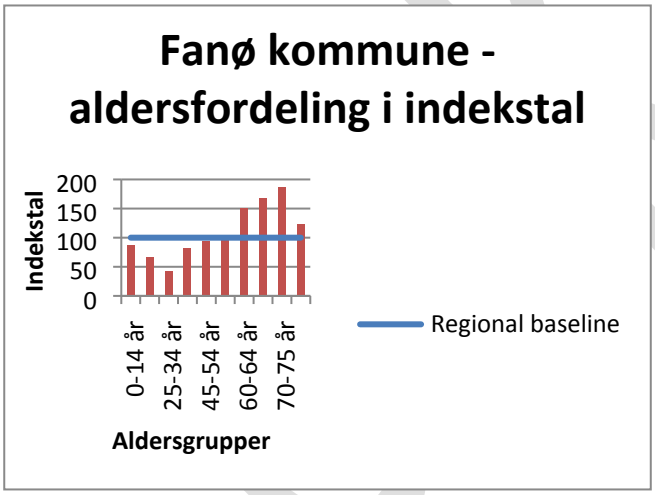
11.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 17: Befolkningsudvikling 2020-25, Fanø kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	488	477	-2 %
15-24 år	280	298	6 %
25-34 år	157	176	12 %
35-44 år	312	294	-6 %
45-54 år	457	408	-11 %
55-59 år	242	266	10 %
60-64 år	297	278	-6 %
65-69 år	360	335	-7 %
70-75 år	459	426	-7 %
Over 75	377	588	56 %
Total	3.429	3.546	3 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 11: Aldersfordeling af borgere i Fanø Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

11.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er etableret et sundhedshus på øen, hvor øens lægehus holder til. Der er tale om en kompagniskabspraksis med 3 kapaciteter[9]. Der er igangsat en proces til sikring af generationsskifte for øens

[9] Praksis er af hensyn til rekrutteringsprocessen og arbejdsbelastningen i praksis tilført en yderligere kapacitet pr. 1. jan. 2020, hvorfor antallet afviger fra tabellen ovenfor, der er opgjort i maj 2019.

læger med henblik på salg af praksis indenfor de kommende år. Antallet af sikrede pr. kapacitet[10] er over normtallet og over gennemsnittet for regionen. I turistperioderne betjenes endvidere et stort antal turister, ligesom kommunen har flere ældre borgere, end regionen i gennemsnit. Det vurderes derfor, at der er behov for 2-3 læger på øen.

11.4 Fremtidig struktur

Der skal fortsat være praksis i Nordby.

UDKAST

[10] Her udregnet for to kapaciteter

12 Fredericia Kommune

12.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 18: kapacitetsbeskrivelse Fredericia Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	13	33	4			
Kompagniskabspraksis	10	30	4			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	0	0				
Enkeltmandspraksis	3	3				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	1	1				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**28**					
Lægernes gennemsnitalder	49,6					
Antal læger på 50+ år	14	50 %				
Antal læger på 60+ år	3	10 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	2	12	11	0	3	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	51.427	Antal		1.558		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	51.427	51.591	51.752	51.910	52.073	53.259
Ændring	-	+164	+161	+158	+163	+1.186
Akkumuleret ændring	-	+164	+325	+483	+646	+1.832
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	3					4
Ubesatte kapaciteter	4					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						1
Samlet behov for nye læger	**7**					**5**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

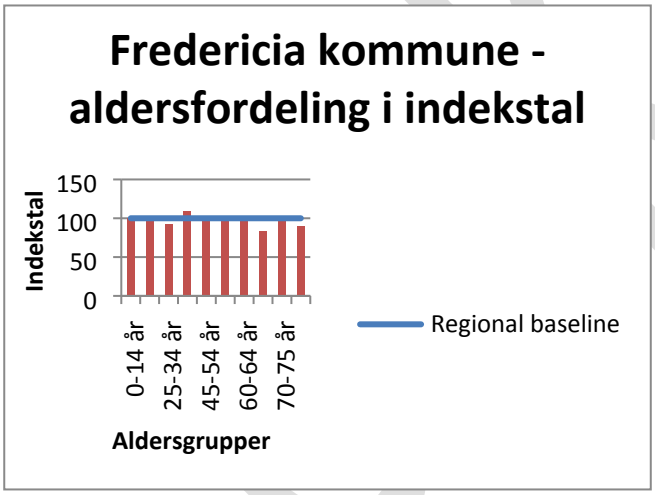
12.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 19: Befolkningsudvikling 2020-25, Fredericia kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	8.449	8.324	-1 %
15-24 år	6.032	5.804	-4 %
25-34 år	5.729	6.089	6 %
35-44 år	6.332	6.084	-4 %
45-54 år	7.450	6.979	-6 %
55-59 år	3.657	3.819	4 %
60-64 år	3.140	3.586	14 %
65-69 år	2.815	3.026	7 %
70-75 år	3.620	3.192	-12 %
Over 75	4.367	5.503	26 %
Total	51.591	52.406	2 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 12: Aldersfordeling af borgere i Fredericia Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

12.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er en god lægedækning i området, og en god praksisstruktur. Antallet af enkeltmandspraksis er faldet i den foregående planlægningsperiode, og der er nu kun 3 solopraksis i området, og 1 af dem er i samarbejdspraksis. Aldersprofilen blandt lægerne er overordnet set god. Der er 4 ubesatte kapaciteter i området, men det forventes, at Fredericia har en geografisk beliggenhed, som forhåbentlig letter rekrutteringen til området. Området forventes ikke at få lægedækningsproblemer, men der skal være

fokus på generationsskiftet i de 3 solopraksis. Antallet af patienter pr. kapacitet er lidt over regionens gennemsnit, og tæt på normtallet.

12.4 Fremtidig struktur

Der kan fremadrettet være praksis de eksisterende steder. Der skal være praksis i Fredericia og Taulov.

UDKAST

13 Faaborg-Midtfyn Kommune

13.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 20: kapacitetsbeskrivelse Faaborg-Midtfyn Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	15	36				
Kompagniskabspraksis	11	32				
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	0	0				
Enkeltmandspraksis	4	4				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	1	1				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**36**					
Lægernes gennemsnitalder	51,9					
Antal læger på 50+ år	20	56 %				
Antal læger på 60+ år	11	31 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	3	13	9	6	5	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	53.208	Antal		1.478		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	51.809	51.948	52.091	52.222	52.366	53.505
Ændring	-	+139	+143	+131	+144	+1.139
Akkumuleret ændring	-	+139	+282	+413	+557	+1.696
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	3	2	2		1	7
Ubesatte kapaciteter						
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						1
Samlet behov for nye læger	**3**	**2**	**2**		**1**	**8**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

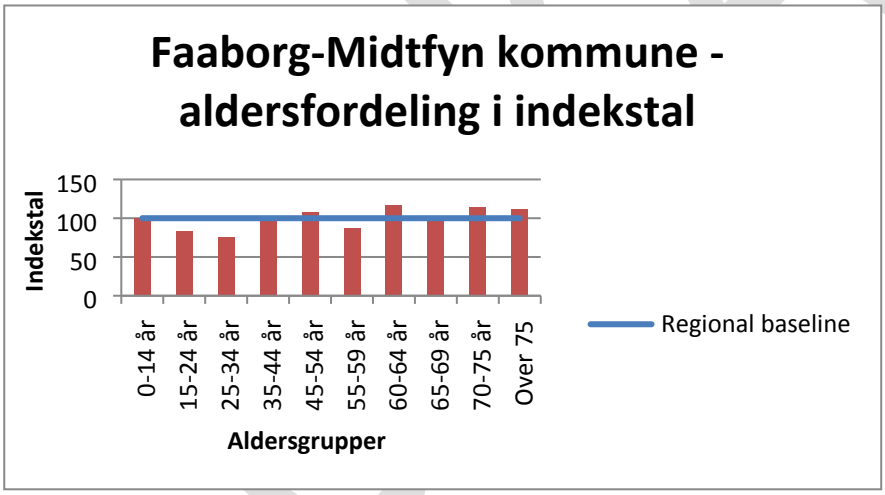
13.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 21: Befolkningsudvikling 2020-25, Faaborg-Midtfyn kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	8.415	8.275	-2 %
15-24 år	5.348	5.267	-2 %
25-34 år	4.818	5.286	10 %
35-44 år	5.766	5.625	-2 %
45-54 år	7.586	6.874	-9 %
55-59 år	3.908	4.029	3 %
60-64 år	3.513	3.857	10 %
65-69 år	3.338	3.415	2 %
70-75 år	4.204	3.786	-10 %
Over 75	5.050	6.271	24 %
Total	51.946	52.685	1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 13: Aldersfordeling af borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

13.3 Vurdering af planlægningsområdet

Praksisstrukturen i kommunen er god og bæredygtig. Der er kun en enkelt solopraksis, og denne er i samarbejdspraksis med et kompagniskab. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger under regionens gennemsnit og noget under normtallet. Aldersprofilen blandt lægerne giver dog anledning til bekymring, ligesom der er rekrutteringsudfordringer i Faaborg by, hvor kun 2 af byens 6 praksis har åbent for tilgang. Der skal derfor arbejdes målrettet med rekrutteringen, således at særligt generationsskiftet i Faaborg By

fremmes. I øvrige dele af området er lægedækningen stabil, og der er flere hensigtsmæssigt placerede landpraksis.

13.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Faaborg, Ringe, Nr. Broby-området og Nørre Lyndelse/Årslev.

UDKAST

14 Haderslev Kommune

14.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 22: kapacitetsbeskrivelse Haderslev Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	14	36	1			
Kompagniskabspraksis	12	34	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	3	8				
Enkeltmandspraksis	2	2				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	0	0				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**38**					
Lægernes gennemsnitalder	48,9					
Antal læger på 50+ år	16	43 %				
Antal læger på 60+ år	5	13 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	3	19	11	5	0	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	53.137	Antal		1.476		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	55.857	55.776	55.707	55.630	55.568	55.288
Ændring	-	-81	-69	-77	-62	-280
Akkumuleret ændring	-	-81	-150	-227	-289	-569
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger			1	1		9
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**1**		**1**	**1**		**9**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

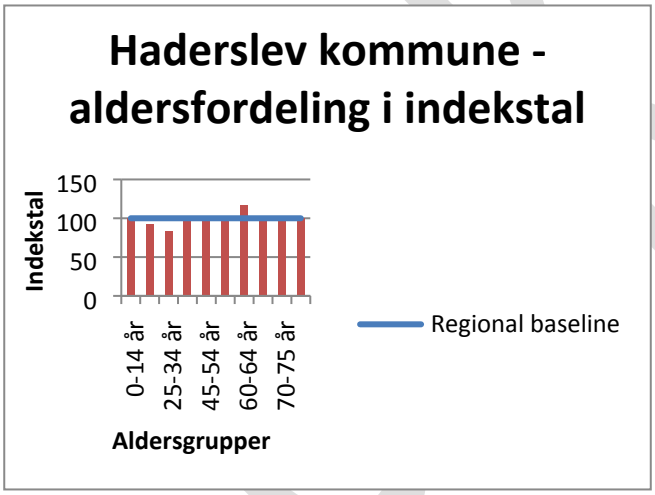
14.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 23: Befolkningsudvikling 2020-25, Haderslev kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	8.830	8.293	-6 %
15-24 år	6.329	6.121	-3 %
25-34 år	5.723	5.796	1 %
35-44 år	6.258	6.069	-3 %
45-54 år	7.838	7.113	-9 %
55-59 år	4.163	4.131	-1 %
60-64 år	3.805	4.080	7 %
65-69 år	3.588	3.671	2 %
70-75 år	4.067	3.911	-4 %
Over 75	5.173	6.279	21 %
Total	55.774	55.464	-1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 14: Aldersfordeling af borgere i Haderslev Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

14.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er en god alders- og praksisstruktur i området, med mange flerlægepraksis. Området forventes fortsat at have en god lægedækning de kommende år, og der forventes en udvidelse af sundhedshuset i Haderslev de kommende år. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger under regionens gennemsnit og noget under normtallet.

14.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de nuværende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Haderslev, Vojens og Gram.

UDKAST

15 Kerteminde Kommune

15.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 24: kapacitetsbeskrivelse Kerteminde Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	8	15				
Kompagniskabspraksis	4	11				
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	0	0				
Enkeltmandspraksis	4	4				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	1	1				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**15**					
Lægernes gennemsnitalder	53,3					
Antal læger på 50+ år	11	73 %				
Antal læger på 60+ år	4	27 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	1	3	7	2	2	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	24.712	Antal		1.647		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	23.773	23.757	23.748	23.755	23.771	23.991
Ændring	-	-16	-9	+7	+16	+220
Akkumuleret ændring	-	-16	-25	-18	-2	+218
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	2		1		1	3
Ubesatte kapaciteter						
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**2**		**1**		**1**	**3**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

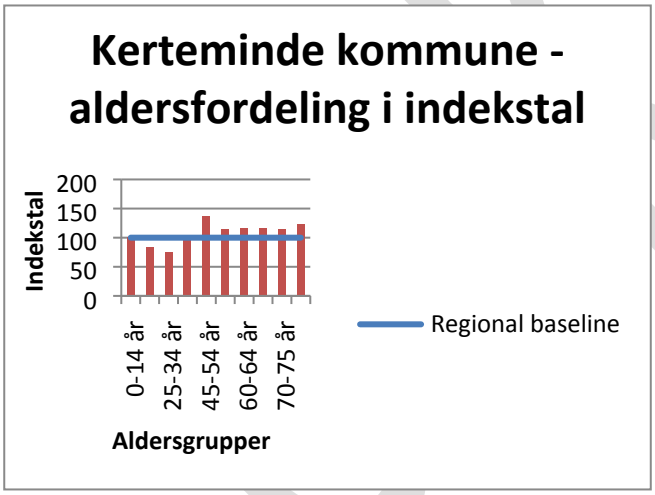
15.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 25: Befolkningsudvikling 2020-25, Kerteminde kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	3.714	3.624	-2 %
15-24 år	2.384	2.245	-6 %
25-34 år	2.074	2.195	6 %
35-44 år	2.565	2.517	-2 %
45-54 år	3.580	3.086	-14 %
55-59 år	1.835	1.931	5 %
60-64 år	1.573	1.772	13 %
65-69 år	1.584	1.561	-1 %
70-75 år	1.950	1.806	-7 %
Over 75	2.500	3.091	24 %
Total	23.759	23.828	0 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 15: Aldersfordeling af borgere i Kerteminde Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

15.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er overordnet en god lægedækning i området, og flere hensigtsmæssigt placerede flerlægepraksis. Aldersstrukturen er overordnet god, men kan give udfordringer sidst i planlægningsperioden. Der skal arbejdes målrettet med rekruttering til sikring af disse generationsskifter og med at solopraksis i Kerteminde på sigt kommer til at indgå i flerlægepraksis. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger over regionsgennemsnittet og lidt over normtallet.

15.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Kerteminde, Munkebo og Langeskov.

UDKAST

16 Kolding Kommune

16.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 26: kapacitetsbeskrivelse Kolding Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	28	61	2			
Kompagniskabspraksis	21	54	2			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	3	6				
Enkeltmandspraksis	7	7				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	1	1				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**62**					
Lægernes gennemsnitalder	49,8					
Antal læger på 50+ år	27	44 %				
Antal læger på 60+ år	13	21 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	7	28	14	8	5	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	95.364	Antal		1.563		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	92.893	93.276	93.645	94.006	94.362	96.701
Ændring	-	+383	+369	+361	+356	+2.339
Akkumuleret ændring	-	+383	+752	+1.113	+1.469	+3.808
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	5				2	12
Ubesatte kapaciteter	2					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						2
Samlet behov for nye læger	**7**				**2**	**14**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

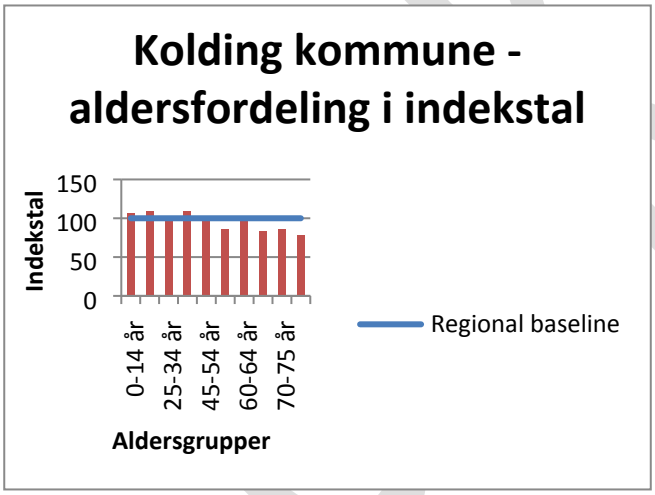
16.3 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 27: Befolkningsudvikling 2020-25, Kolding kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	16.186	15.935	-2 %
15-24 år	11.764	11.769	0 %
25-34 år	11.255	11.777	5 %
35-44 år	11.334	10.967	-3 %
45-54 år	13.404	12.635	-6 %
55-59 år	6.028	6.627	10 %
60-64 år	5.469	5.815	6 %
65-69 år	4.962	5.234	5 %
70-75 år	5.884	5.479	-7 %
Over 75	6.985	8.813	26 %
Total	93.271	95.051	2 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 16: Aldersfordeling af borgere i Kolding Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

16.4 Vurdering af planlægningsområdet

Lægedækningen i området er overordnet set stabil, men der er en forholdsvis stor andel af solopraksis, hvor flere af de indehavende læger har en høj alder. Disse praksis kan stå overfor et potentielt svært generationsskifte ligesom der er behov for fokus på aldersprofilen generelt set. Endvidere er der 4 ubesatte kapaciteter i området, hvilket samlet set giver grundlag for en styrket rekrutteringsindsats i den kommende planperiode. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger lidt over regionens gennemsnit og lidt under normtallet.

16.5 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Kolding, Christiansfeld, Bjert, Lunderskov og Vamdrup.

Kolding By opdeles i følgende underområder:

-Skovparken

-Munkebo/Munkevænget

-Området afgrænset af Tvedvej og Kløvervej

-øvrige dele af Kolding By

UDKAST

17 Langeland Kommune

17.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 28: kapacitetsbeskrivelse Langeland Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	5	9	1			
Kompagniskabspraksis	3	7	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	1	2				
Enkeltmandspraksis	2	2				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	2	2				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	0	0				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**11**					
Lægernes gennemsnitalder	49,4					
Antal læger på 50+ år	4	36 %				
Antal læger på 60+ år	1	9 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	0	7	3	1	0	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	12.391	Antal		1.377		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Antal pr. 1. januar	12.560	12.526	12.494	12.469	12.451	12.450
Ændring	-	-37	-32	-25	-18	-1
Akkumuleret ændring	-	-37	-69	-94	-112	-113
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Forventet ophør af læger			1			3
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**1**		**1**			**3**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delekompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

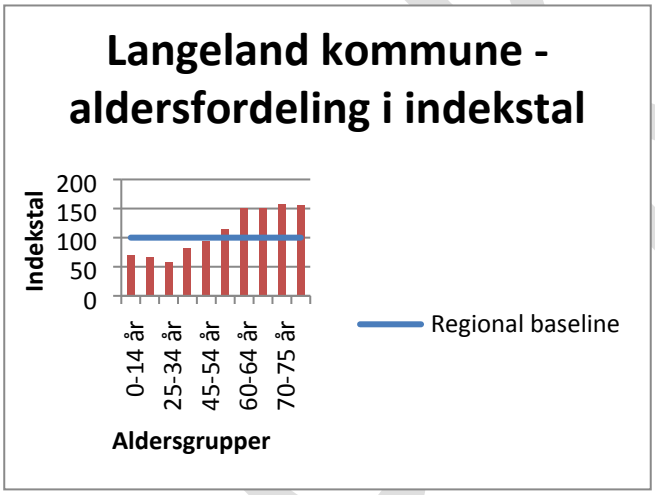
17.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 29: Befolkningsudvikling 2020-25, Langeland kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	1.362	1.304	-4 %
15-24 år	1.044	933	-11 %
25-34 år	915	963	5 %
35-44 år	1.134	1.150	1 %
45-54 år	1.645	1.457	-11 %
55-59 år	1.002	947	-5 %
60-64 år	1.137	1.080	-5 %
65-69 år	1.154	1.181	2 %
70-75 år	1.415	1.333	-6 %
Over 75	1.715	2.085	22 %
Total	12.523	12.433	-1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 17: Aldersfordeling af borgere i Langeland Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

17.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er 5 praksis, hvoraf de 2 er solopraksis. Der er kun 1 ubesat kapacitet i området, et lavt antal patienter pr. kapacitet, ligesom lægernes aldersprofil er god, hvorfor området ikke forventes at få lægedækningsproblemer i planlægningsperioden. Der er indgået en vagtaftale på øen, således at lægerne skiftes til at køre sygebesøg over 15 km.

17.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Rudkøbing. Såfremt der er praksis, som ønsker at etablere satellitpraksis på nord- og/eller syd-øen, vil regionen se på dette med velvilje.

UDKAST

18 Middelfart Kommune

18.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 30: kapacitetsbeskrivelse Middelfart Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	9	28	1[11]			
Kompagniskabspraksis	9	28	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	0	0				
Enkeltmandspraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	0	0				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**27**					
Lægernes gennemsnitalder	52,5					
Antal læger på 50+ år	15	56 %				
Antal læger på 60+ år	8	30 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	4	8	7	4	4	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	40.921	Antal		1.461		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	38.553	38.651	38.758	38.868	38.987	39.876
Ændring	-	+98	+107	+110	+119	+889
Akkumuleret ændring	-	+98	+205	+315	+434	+1.323
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	3	1		3		4
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**4**	**1**		**3**		**4**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

[11] Denne kapacitet var ubesat da tallet blev trukket, dette er ændret efter følgende

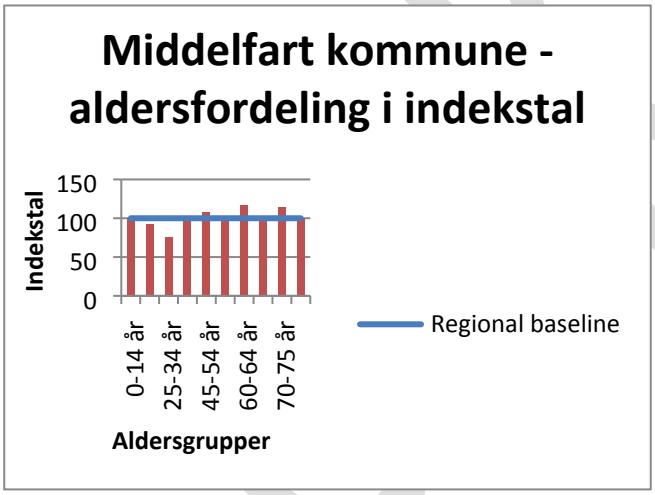
18.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 31: Befolkningsudvikling 2020-25, Middelfart kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	6.303	6.119	-3 %
15-24 år	4.113	4.047	-2 %
25-34 år	3.439	3.747	9 %
35-44 år	4.371	4.034	-8 %
45-54 år	5.986	5.483	-8 %
55-59 år	2.869	3.121	9 %
60-64 år	2.541	2.831	11 %
65-69 år	2.505	2.488	-1 %
70-75 år	3.055	2.808	-8 %
Over 75	3.461	4.550	31 %
Total	38.643	39.228	1,5 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 18: Aldersfordeling af borgere i Middelfart Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

18.3 Vurdering af planområdet

Der er en god praksisstruktur i området, og der er ingen solopraksis. Aldersprofilen blandt lægerne kan give anledning til fokus på lidt længere sigt. Der bør derfor være opmærksomhed på gennemførelse af generationsskifte i praksis i planperioden, særligt i udkanten af Middelfart. Antallet af sikrede pr. kapacitet er noget under normtallet og lavere end regionsgennemsnitet.

18.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Middelfart, Gelsted/Ejby og Nørre Aaby.

UDKAST

19 Nordfyns Kommune

19.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 32: kapacitetsbeskrivelse Nordfyns Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	9	19				
Kompagniskabspraksis	5	15				
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	2	6				
Enkeltmandspraksis	4	4				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	0	0				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**22**					
Lægernes gennemsnitalder	52,4					
Antal læger på 50+ år	15	68 %				
Antal læger på 60+ år	5	22 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	0	7	10	4	1	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	30.590	Antal		1.610		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	29.693	29.794	29.890	29.988	30.095	30.904
Ændring	-	+101	+96	+98	+107	+809
Akkumuleret ændring	-	+101	+197	+295	+402	+1.211
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	1		1	1		6
Ubesatte kapaciteter						
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**1**		**1**	**1**		**6**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

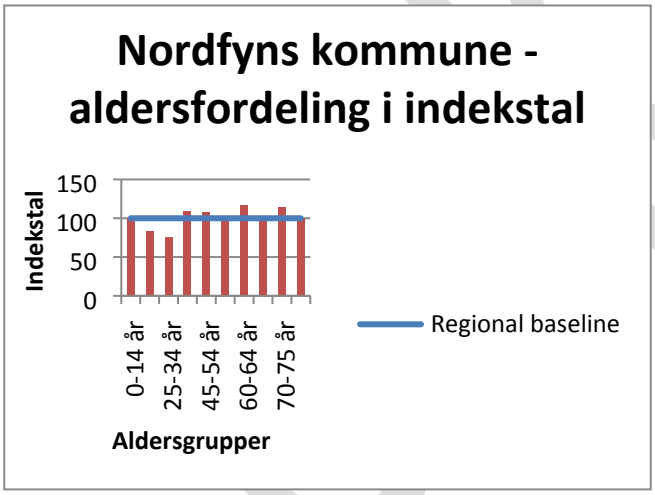
19.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 33: Befolkningsudvikling 2020-25, Nordfyns kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	4.785	4.577	-4 %
15-24 år	3.071	3.058	0 %
25-34 år	2.641	2.901	10 %
35-44 år	3.514	3.309	-6 %
45-54 år	4.590	4.175	-9 %
55-59 år	2.205	2.372	8 %
60-64 år	2.095	2.186	4 %
65-69 år	1.922	2.055	7 %
70-75 år	2.293	2.216	-3 %
Over 75	2.681	3.468	29 %
Total	29.797	30.317	2 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 19: Aldersfordeling af borgere i Nordfyns Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

19.3 Vurdering af planlægningsområdet

Praksisstrukturen og aldersstrukturen blandt lægerne i kommunen er overordnet god. Der bør dog i den kommende periode være opmærksomhed på at sikre generationsskiftet i praksis, herunder med særligt fokus på solopraksis i kommunen. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger noget over regionsgennemsnittet og lidt over normtallet.

19.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Bogense, Otterup, Søndersø og Morud.

20 Nyborg Kommune

20.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 34: kapacitetsbeskrivelse Nyborg Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	6	18	1			
Kompagniskabspraksis	6	18	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	2	7				
Enkeltmandspraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	0	0				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**19**					
Lægernes gennemsnitalder	51,5					
Antal læger på 50+ år	10	53 %				
Antal læger på 60+ år	4	21 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	0	9	6	2	2	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	26.242	Antal		1.458		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	32.042	32.129	32.217	32.297	32.382	33.015
Ændring	-	+87	+88	+80	+85	+633
Akkumuleret ændring	-	+87	+175	+255	+340	+558
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	2				1	4
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**3**				**1**	**4**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af

UDKAST

et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

20.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

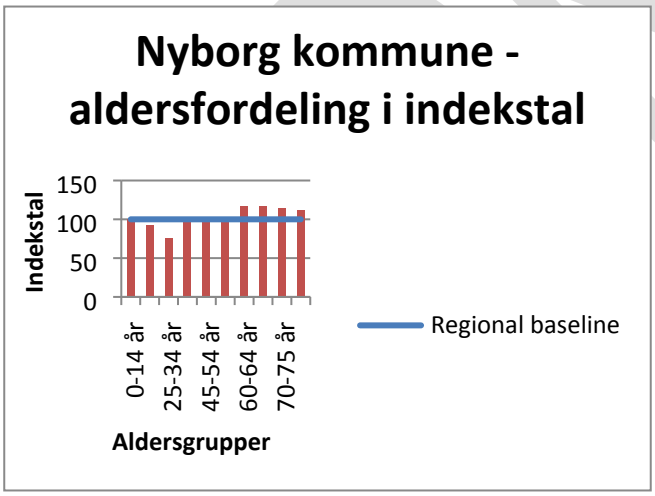
Tabel 35: Befolkningsudvikling 2020-25, Nyborg kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	5.032	4.852	-4 %
15-24 år	3.552	3.522	-1 %
25-34 år	2.854	3.072	8 %
35-44 år	3.597	3.369	-6 %
45-54 år	4.652	4.270	-8 %
55-59 år	2.353	2.493	6 %
60-64 år	2.262	2.386	5 %
65-69 år	2.111	2.234	6 %
70-75 år	2.592	2.403	-7 %
Over 75	3.133	3.964	27 %
Total	32.138	32.565	1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank

Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 20: Aldersfordeling af borgere i Nyborg Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank

Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

20.3 Vurdering af planlægningsområdet

Aldersfordelingen blandt lægerne og praksisstrukturen i kommunen er overordnet god. Der er imidlertid lokalemæssige udfordringer, og dette sammenholdt med de ledige kapaciteter/ydernummer og høje antal delelæger bevirker, at området står overfor store lægedækningsudfordringer. Der er bevilliget midler til opførelsen af et sundhedshus, hvilket forventes at virke rekrutteringsfremmende på lidt længere sigt. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger under gennemsnittet i regionen, og noget under normtallet.

20.4 Fremtidig struktur

Der kan fremadrettet være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Nyborg, Ullerslev og Ørbæk.

UDKAST

21 Odense Kommune

21.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 36: kapacitetsbeskrivelse Odense Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	60	116	4			
Kompagniskabspraksis	36	92	4			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	10	24				
Enkeltmandspraksis	24	24				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	7	7				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**122**					
Lægernes gennemsnitalder	50,2					
Antal læger på 50+ år	56	46 %				
Antal læger på 60+ år	23	19 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	5	61	33	16	7	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	206.618	Antal		1.781		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	204.182	205.320	206.399	207.441	208.456	215.676
Ændring	-	+1.138	+1.079	+1.042	+1.015	+7.220
Akkumuleret ændring	-	+1.138	+2.217	+3.259	+4.274	+11.494
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	5[12]	2	5	2	4	19
Ubesatte kapaciteter	4					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling			1	1		6
Samlet behov for nye læger	**9**	**2**	**6**	**3**	**4**	**25**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

[12] 5 læger er over pensionsalderen i indeværende år, og de registreres derfor som forventet ophør fra indeværende år.

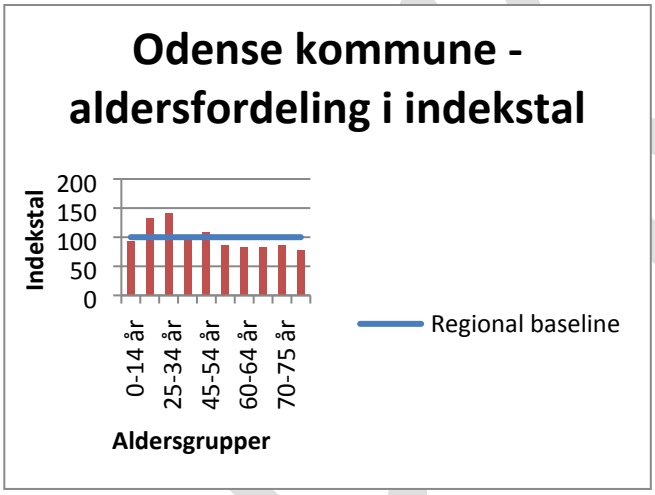
Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 37: Befolkningsudvikling 2020-25, Odense kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	31.802	32.285	2 %
15-24 år	33.697	32.659	-3 %
25-34 år	33.996	37.504	10 %
35-44 år	22.596	22.792	1 %
45-54 år	25.074	23.595	-6 %
55-59 år	12.058	12.181	1 %
60-64 år	10.864	11.517	6 %
65-69 år	9.597	10.117	5 %
70-75 år	11.416	10.441	-9 %
Over 75	14.225	17.418	22 %
Total	205.325	210.509	3 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 21: Aldersfordeling af borgere i Odense Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

21.2 Vurdering af planlægningsområdet:

Der er en forholdsvis stor andel af solopraksis i planlægningsområdet. Dette vurderes imidlertid ikke at give anledning til lægedækningsproblemer, idet praksis i Odense-området traditionelt set er eftertragtede, og derfor sædvanligvis nemme at sælge. Der er ligeledes en fornuftig aldersstruktur blandt lægerne, og området står ikke overfor et større generationsskifte. Antallet af sikrede pr. kapacitet er det højeste i regionen og over normtallet, men udgør ikke et problem i sig selv, idet en stor del af patienterne er unge studerende, som generelt ikke benytter almen praksis ydelser i særlig stort omfang.

21.3 Fremtidig struktur:

Der kan fremover være praksis alle de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Odense C, og det skal bestræbes, at kapaciteten i øvrige dele af Odense øges, hvorved der vil ske en spredning af praksis. Det er ligeledes ønskværdigt, såfremt der er læger, som ønsker at nedsætte sig i Vollsmose, som er et særligt udsat boligområde.

Odense By inddeles i følgende underområder:

- 5000 Odense C

- 5240 Odense NØ (Vollsmose)

- Øvrige Odense

UDKAST

22 Svendborg Kommune

22.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 38: kapacitetsbeskrivelse Svendborg Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	19	38	1			
Kompagniskabspraksis	11	30	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	5	13				
Enkeltmandspraksis	8	8				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	4	4				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**42**					
Lægernes gennemsnitalder	49,7					
Antal læger på 50+ år	19	45 %				
Antal læger på 60+ år	5	12 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	7	16	14	4	1	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	58.645	Antal		1.543		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	58.599	58.676	58.760	58.860	58.979	59.990
Ændring	-	+77	+84	+100	+119	+1.011
Akkumuleret ændring	-	+77	+161	+261	+380	+1.391
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	1		1	1	1	11
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**1**		**1**	**1**	**1**	**11**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

22.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

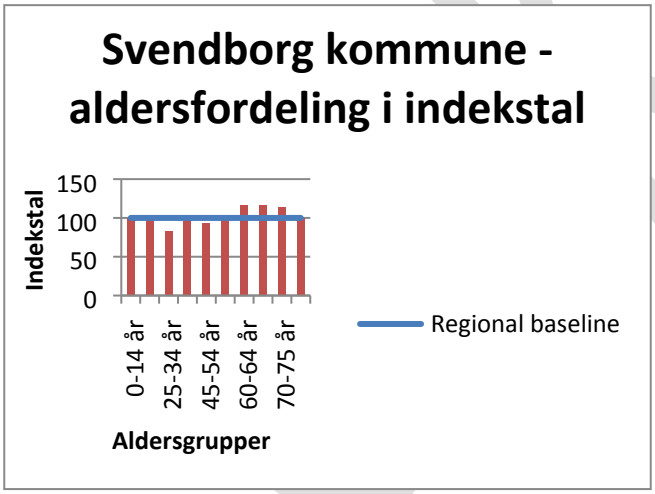
Tabel 39: Befolkningsudvikling 2020-25, Svendborg kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	9.136	8.915	-2 %
15-24 år	6.912	6.808	-2 %
25-34 år	5.912	6.236	5 %
35-44 år	6.396	6.297	-2 %
45-54 år	7.719	7.195	-7 %
55-59 år	4.324	4.043	-7 %
60-64 år	4.292	4.314	1 %
65-69 år	4.039	4.160	3 %
70-75 år	4.501	4.469	-1 %
Over 75	5.444	6.824	20 %
Total	58.675	59.261	1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank

Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 22: Aldersfordeling af borgere i Svendborg Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank

Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

22.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er en god lægedækning i området, og aldersprofilen blandt lægerne er god. Der er 8 solopraksis, hvoraf 4 er i samarbejdspraksis. Området vurderes ikke umiddelbart at står overfor at få lægedækningsproblemer. Antallet af sikrede pr. kapacitet er tæt på regionsgennemsnittet og lidt under normtallet.

22.4 Fremtidig struktur

Der kan fremadrettet være praksis alle de nuværende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Svendborg, Hesselager og Stenstrup.

23 Sønderborg Kommune

23.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 40: kapacitetsbeskrivelse Sønderborg Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	22	53	1			
Kompagniskabspraksis	16	47	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	3	10				
Enkeltmandspraksis	6	6				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	0	0				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**57**					
Lægernes gennemsnitalder	52,1					
Antal læger på 50+ år	30	53 %				
Antal læger på 60+ år	13	23 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	4	23	17	6	7	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	75.617	Antal		1.427		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	74.561	74.342	74.131	73.928	73.740	72.804
Ændring	-	-219	-211	-203	-188	-936
Akkumuleret ændring	-	-219	-430	-633	-821	-1.757
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	5[13]			1	1	13
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**6**			**1**	**1**	**13**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

[13] 5 læger er 66+ år i 2019, og har dermed ramt pensionsalderen. Derfor kan deres afgang være nært forestående.

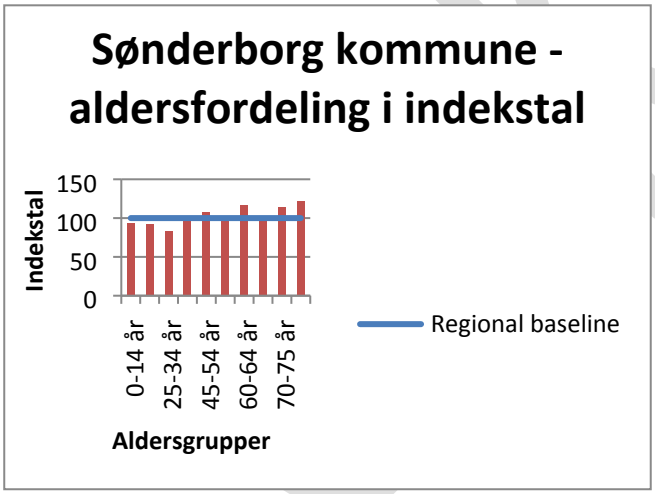
23.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 41: Befolkningsudvikling 2020-25, Sønderborg kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	11.430	10.853	- 5 %
15-24 år	8.446	7.880	- 6 %
25-34 år	7.329	7.502	2 %
35-44 år	7.909	7.647	3 %
45-54 år	10.826	9.368	-13 %
55-59 år	5.451	5.756	6 %
60-64 år	4.889	5.381	10 %
65-69 år	4.482	4.740	6 %
70-75 år	5.725	5.009	- 13 %
Over 75	7.850	9.277	18 %
Total	74.337	73.413	- 1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 23: Aldersfordeling af borgere i Sønderborg Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

23.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er en god lægedækningen i området, dog er der forholdsvis mange solopraksis i området. Aldersstrukturen blandt lægerne er overordnet set god, men der er dog en del ældre læger, hvilket gør, at der kan være behov for at holde øje med, at der sker et generationsskifte i praksis i de kommende år. Der er et relativt lavt antal patienter pr. kapacitet, hvilket bl.a. bunder i at kommunen dækker et stort geografisk område.

23.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de nuværende steder. Der skal fremover være praksis i Sønderborg, Gråsten, Broager, Nordborg, Augustenborg og Sydals.

24 Tønder Kommune

24.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 42: kapacitetsbeskrivelse Tønder Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	11	29				
Kompagniskabspraksis	7	24				
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	2	10				
Enkeltmandspraksis	3	3				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	0	0				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	1	2				
Antal læger	**31**					
Lægernes gennemsnitalder	53,3					
Antal læger på 50+ år	19	63 %				
Antal læger på 60+ år	6	2 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	2	9	12	2	4	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	38.873	Antal		1.340		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	37.587	37.474	37.375	37.279	37.199	36.934
Ændring	-	-113	-99	-96	-80	-265
Akkumuleret ændring	-	-113	-212	-308	-388	-653
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	4		2			7
Ubesatte kapaciteter						
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**4**		**2**			**7**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af

UDKAST

et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

24.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

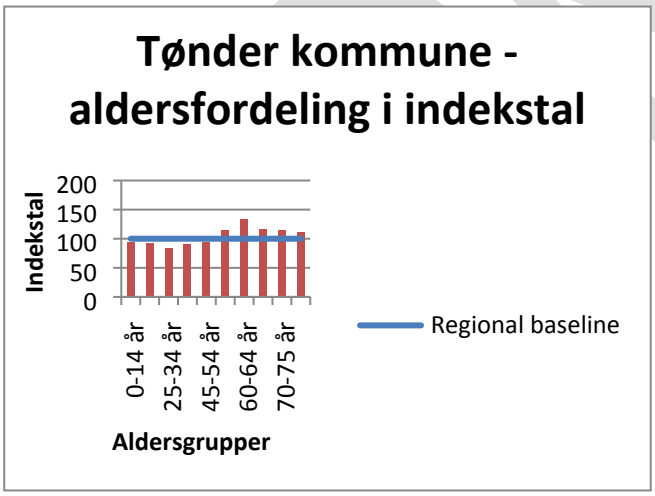
Tabel 43: Befolkningsudvikling 2020-25, Tønder kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	5.746	5.606	-2 %
15-24 år	4.066	3.722	-8 %
25-34 år	3.717	3.742	1 %
35-44 år	3.632	3.740	3 %
45-54 år	4.971	4.210	-15 %
55-59 år	3.060	2.816	-8 %
60-64 år	3.008	2.992	-1 %
65-69 år	2.631	2.886	10 %
70-75 år	2.959	2.880	-3 %
Over 75	3.683	4.495	22 %
Total	37.473	37.089	-1 %

Kilde: Danmarks Statistikbank

Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 24: Aldersfordeling af borgere i Tønder Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank

Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

24.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er en god praksisstruktur i kommunen med kun 3 solopraksis, men lægernes aldersprofil giver anledning til opmærksomhed. I den forrige planperiode blev lægedækningen i området truet, hvorfor der blev oprettet en udbudsklinik, der kan betjene 2 kapaciteter. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger noget under regionens gennemsnit og godt under normtallet. I planlægningsperioden skal der arbejdes målrettet

med rekruttering til området, dels til det kommende generationsskifte blandt de ældste læger, og dels med rekruttering af PLO-læger, som kan overtage udbudsklinikken.

24.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Skærbæk, Tønder, Toftlund, Oksbøl, Løgumkloster og Bredebro.

UDKAST

25 Varde Kommune

25.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 44: kapacitetsbeskrivelse Varde Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	16	34	3			
Kompagniskabspraksis	6	20	3			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	1	3				
Enkeltmandspraksis	9	9				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	6	6				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	1	2				
Antal læger	**32**					
Lægernes gennemsnitalder	50,1					
Antal læger på 50+ år	13	42 %				
Antal læger på 60+ år	5	16 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	1	16	8	1	4	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	52.240	Antal		1.536		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	50.129	50.052	49.991	49.948	49.937	50.184
Ændring	-	-77	-61	-43	-11	+247
Akkumuleret ændring	-	-77	-138	-181	-192	+55
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	3[14]	1				4
Ubesatte kapaciteter	3					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**6**	**1**				**4**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

[14] 3 læger er i 2019 mellem 67 og 74, og det forventes at de snarligt vil gå på pension, da de har ramt pensionsalderen.

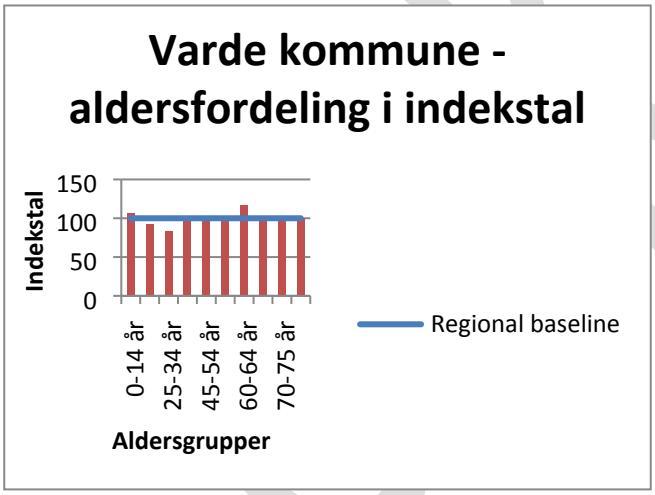
25.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 45: Befolkningsudvikling 2020-25, Varde kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	8.392	8.158	-3 %
15-24 år	5.552	5.221	-6 %
25-34 år	5.109	5.311	4 %
35-44 år	5.549	5.359	-3 %
45-54 år	7.034	6.295	-11 %
55-59 år	3.719	3.722	0 %
60-64 år	3.391	3.656	8 %
65-69 år	3.246	3.283	1 %
70-75 år	3.514	3.574	2 %
Over 75	4.548	5.389	18 %
Total	50.054	49.968	0 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 25: Aldersfordeling af borgere i Varde Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

25.3 Vurdering af planlægningsområdet

Der er generelt en god aldersprofil blandt lægerne i kommunen, men der må dog forventes ophør i den kommende periode. Lægedækningen har været udfordret i den forløbne periode, hvilket har resulteret i, at der er etableret en udbudsklinik, der dækker to kapaciteter i Ølgod. Endvidere er der tre ubesatte kapaciteter i området.

Tilsammen betyder dette, at der er behov for fokus på sikring af den fremadrettede lægedækning i kommunen, herunder rekruttering af læger til at overtage den nuværende udbudsklinik i Ølgod, samt de ubesatte kapaciteter.

Der er bevilliget puljemidler til etableringen af et nyt sundhedshus i Varde med plads til 4 læger samt uddannelseslæger. Der skal arbejdes for, at eksisterende solopraksis i Varde flytter ind i sundhedshuset, som forventes at stå færdigt i 2021, såfremt den resterende finansiering kommer på plads. Etableringen af Sundhedshuset forventes at understøtte rekrutteringen af læger til området.

25.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis alle de nuværende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Varde by, Ølgod, Nørre Nebel, Ansager og Agerbæk.

UDKAST

26 Vejen Kommune

26.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 46: kapacitetsbeskrivelse Vejen Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	13	29	2			
Kompagniskabspraksis	7	23	2			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	1	5				
Enkeltmandspraksis	6	6				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	4	4				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**28**					
Lægernes gennemsnitalder	50,3					
Antal læger på 50+ år	10	36 %				
Antal læger på 60+ år	6	21 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	1	17	4	4	2	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	40.909	Antal		1.411		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	42.863	42.826	42.792	42.762	42.745	42.913
Ændring	-	-37	-34	-30	-17	+168
Akkumuleret ændring	-	-37	-71	-101	-118	+50
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	1	1	1	1		6
Ubesatte kapaciteter	2					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**3**	**1**	**1**	**1**		**6**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

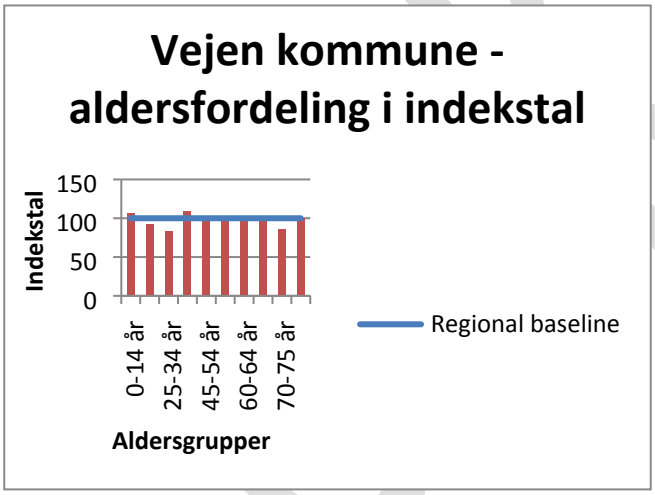
26.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 47: Befolkningsudvikling 2020-25, Vejen kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	7.416	7.169	-3 %
15-24 år	4.866	4.613	-5 %
25-34 år	4.459	4.668	5 %
35-44 år	5.307	4.979	-6 %
45-54 år	6.078	5.854	-4 %
55-59 år	3.024	2.962	-2 %
60-64 år	2.726	2.934	8 %
65-69 år	2.417	2.551	6 %
70-75 år	2.763	2.614	-5 %
Over 75	3.771	4.411	17 %
Total	42.827	42.755	0 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 26: Aldersfordeling af borgere i Vejen Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

26.3 Vurdering af planområdet

Generelt er praksisstrukturen og aldersprofilen blandt lægerne god, ligesom antallet af sikrede pr. kapacitet ligger under normtallet og lidt under gennemsnittet for regionen.

26.4 Fremtidig struktur

Der kan fremadrettet være praksis de eksisterende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Vejen, Brørup, Rødding og Holsted.

27 Vejle Kommune

27.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 48: kapacitetsbeskrivelse Vejle Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	28	73	2			
Kompagniskabspraksis	17	62	2			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	1	4				
Enkeltmandspraksis	11	11				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	7	7				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	0	0				
Antal læger	**73**					
Lægernes gennemsnitalder	50,2					
Antal læger på 50+ år	35	48 %				
Antal læger på 60+ år	10	14 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	8	30	25	10	0	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	113.432	Antal		1.554		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	114.830	115.668	116.458	117.220	117.976	123.031
Ændring	-	+838	+790	+762	+756	+5.055
Akkumuleret ændring	-	+838	+1.628	+2.390	+3.146	+8.201
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger			2	3	4	15
Ubesatte kapaciteter	2					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling			1	1	1	3
Samlet behov for nye læger	**2**		**3**	**4**	**5**	**18**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

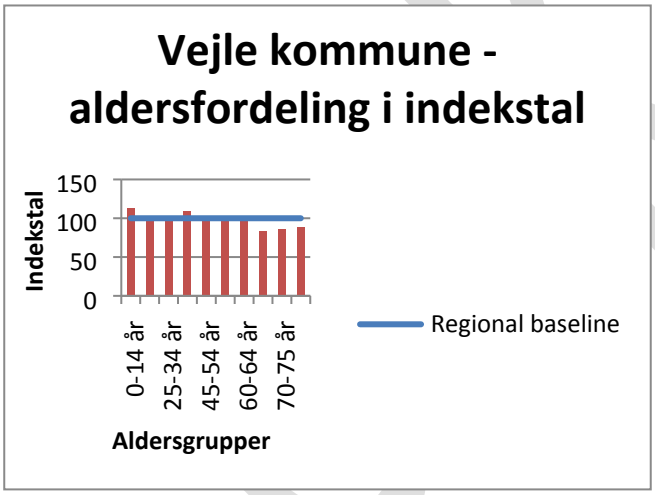
27.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 49: Befolkningsudvikling 2020-25, Vejle kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	20.424	20.533	1 %
15-24 år	14.043	13.890	-1 %
25-34 år	13.406	14.316	7 %
35-44 år	14.278	14.259	0 %
45-54 år	16.717	16.146	-3 %
55-59 år	8.012	8.438	5 %
60-64 år	6.609	7.704	17 %
65-69 år	6.099	6.319	4 %
70-75 år	7.361	6.750	-8 %
Over 75	8.716	11.126	28 %
Total	115.665	119.481	3 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 27: Aldersfordeling af borgere i Vejle Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

27.3 Vurdering af planlægningsområdet:

Der er en overordnet set en rimelig god praksisstruktur i området. Dog er 11 ud af områdets praksis solopraksis, hvoraf nogle vurderes at kunne få rekrutteringsvanskeligheder i fremtiden, særligt de 3 solopraksis, som er beliggende i landområder. Der er en god aldersstruktur i kommunen og lægerne har generelt en lav aldersprofil. Derved står planlægningsområdet ikke overfor et større generationsskifte i den nærmeste fremtid. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger lidt under normtallet og tæt på gennemsnittet for regionen.

27.4 Fremtidig struktur:

Der kan fremover være praksis alle de nuværende steder. Der skal fremadrettet være praksis i Vejle, Give, Jelling, Bredsten, Børkop og Egtved.

Praksis i Grejs og i Bredballe må betragtes som en del af Vejle-området. I Vejle by er der flere nybyggerområder i stor befolkningsvækst, herunder Vinding, Uhrhøj, Skibet og Nørremarken. Såfremt der er læger, som ønsker at etablere praksis i sådanne områder, vil praksisplanudvalget se på dette med velvilje.

Vejle By inddeles i følgende underområder:

- Vejle Midtby, Bredballe og Grejs

- Øvrige dele af Vejle By

UDKAST

28 Ærø Kommune

28.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 50: kapacitetsbeskrivelse Ærø Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	4	6	1			
Kompagniskabspraksis	1	3	1			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	0	0				
Enkeltmandspraksis	2	2				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	0	0				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	1	1				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	1	1				
Antal læger	**5**					
Lægernes gennemsnitalder	53,5					
Antal læger på 50+ år	2	40 %				
Antal læger på 60+ år	1	20 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	0	1	2	0	1	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	6.011	Antal		1.002		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	6.058	6.026	6.001	5.978	5.953	5.842
Ændring	-	-32	-25	-23	-25	-111
Akkumuleret ændring	-	-32	-57	-80	-105	-136
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger		1				
Ubesatte kapaciteter	1					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**1**	**1**				

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

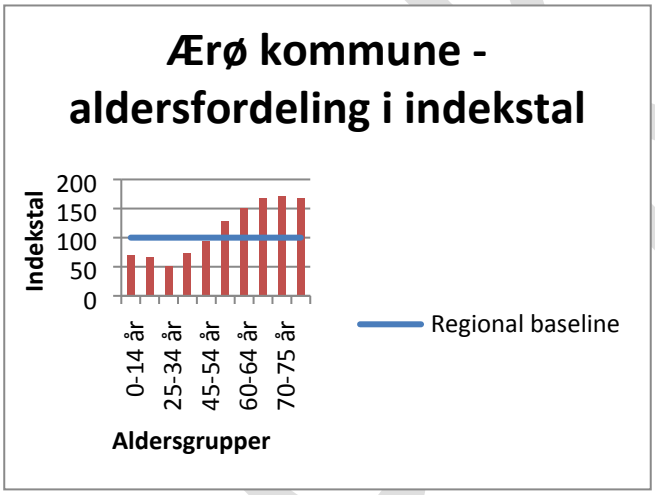
28.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 51: Befolkningsudvikling 2020-25, Ærø kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	666	611	-8 %
15-24 år	473	483	2 %
25-34 år	346	371	7 %
35-44 år	459	415	-10 %
45-54 år	786	654	-17 %
55-59 år	530	486	-8 %
60-64 år	551	572	4 %
65-69 år	591	587	-1 %
70-75 år	698	647	-7 %
Over 75	927	1.094	18 %
Total	6.027	5.920	-2 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 28: Aldersfordeling af borgere i Ærø Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

28.3 Vurdering af planområdet

Der er et lavt antal patienter pr. kapacitet, men en stor vagtbelastning for områdets læger, idet øens læger udgør en selvstændig vagtlægering, således at vagten er 6-skiftet. Samtidig er der i kommunen relativt flere ældre borgere (60+) end i regionen som helhed. Til sikring af vagtdækningen blev der i forrige planperiode etableret en udbudsklinik, som alene betjener omkring 400 patienter men som deltager på lige fod i vagtarbejdet. I den kommende planperiode bør der arbejdes på rekruttering til afvikling af udbudsklinikken, ligesom der bør arbejdes på en omstrukturering af vagtordningen, hvilket vurderes at ville virkerekrutteringsfremmende.

28.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Ærøskøbing på sygehuset og i Marstal.

UDKAST

29 Aabenraa Kommune

29.1 Praksisstruktur og forventet kapacitetsbehov i perioden

Tabel 52: kapacitetsbeskrivelse Aabenraa Kommune, maj 2019.

PRAKSISTYPE	Antal praksis	Antal kapaciteter	Heraf ubesatte			
Praksis i alt	20	39	3			
Kompagniskabspraksis	11	30	3			
- heraf kompagniskabspraksis i delepraksis	1	2				
Enkeltmandspraksis	8	8				
- heraf enkeltmandspraksis i delepraksis	1	1				
- heraf enkeltmandspraksis i samarbejdspraksis	5	5				
Regionsklinikker	0	0				
Udbudsklinikker	1	1				
Antal læger	**39**					
Lægernes gennemsnitalder	53,6					
Antal læger på 50+ år	20	53 %				
Antal læger på 60+ år	15	39 %				
Aldersfordeling	**< 39 år**	**40-49 år**	**50-59 år**	**60-64 år**	**65 år <**	
Antal læger	4	14	5	6	9	
Gr. 1 sikrede knyttet til praksis i kommunen		**Sikrede pr. kapacitet**				
Antal	57.285	Antal		1.469		
Befolkningsfremskrivning	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2030**
Antal pr. 1. januar	59.035	59.001	58.966	58.926	58.900	58.950
Ændring	-	-34	-35	-40	-26	+50
Akkumuleret ændring	-	-34	-69	-109	-135	-85
Kapacitetsbehov	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024-30**
Forventet ophør af læger	7	2	2		2	5
Ubesatte kapaciteter	3					
Behov for nye ydernumre som følge af befolkningsudvikling						
Samlet behov for nye læger	**10**	**2**	**2**		**2**	**5**

Kilde: CSC Scandihealth Notus // TARGIT. Danmarks Statistikbank.

Note: Antal gr. 1 sikrede og information om praksis, læger og alder opgjort pr. 24. maj 2019. Ledige kapaciteter opgjort pr. 1. juli 2019. Læger inkluderer ansatte læger, ejer og delkompagnonger. Alder for læger i udbudsklinikker er fjernet fra det kommunale aldersgennemsnit, da der er skiftende læger i løbet af et år, og det derfor ikke er sigende for kommunens gennemsnit. Sikrede pr. kapacitet er inklusiv ledige kapaciteter.

UDKAST

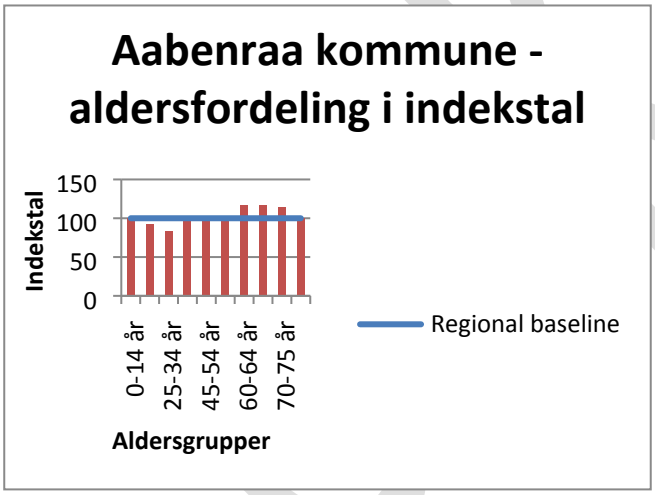
29.2 Befolkningsudvikling og aldersfordeling

Tabel 53: Befolkningsudvikling 2020-25, Aabenraa kommune, fordelt på aldersgrupper

	2020	2025	Ændring
0-14 år	9.335	9.048	-3 %
15-24 år	6.604	6.234	-6 %
25-34 år	5.815	6.041	4 %
35-44 år	6.431	6.218	-3 %
45-54 år	8.412	7.544	-10 %
55-59 år	4.392	4.385	0 %
60-64 år	4.147	4.312	4 %
65-69 år	3.909	3.939	1 %
70-75 år	4.575	4.355	-5 %
Over 75	5.378	6.797	26 %
Total	58.998	58.873	0 %

Kilde: Danmarks Statistikbank
Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele procent

Figur 29: Aldersfordeling af borgere i Aabenraa Kommune 1. januar 2020, indekstal



Kilde: Danmarks statistikbank
Note: Note: Tal opgjort pr. 1. januar det givne år. Oprundet til nærmeste hele

29.3 Vurdering af planlægningsområdet

Både aldersprofilen og praksisstrukturen i området giver anledning til bekymring. Antallet af patienter pr. kapacitet ligger under normtallet og under regionens gennemsnit.

I den forrige planperiode blev lægedækningen i området truet, da 2 læger ophørte i praksis uden salg. Derfor blev der oprettet en udbudsklinik, der dækker 1 kapacitet. Der bør i planperioden fortsat arbejdes målrettet med rekruttering til området, dels til det kommende generationsskifte blandt de ældste læger, og dels til afvikling af udbudsklinikken. Der er bevilliget midler til etablering af et sundhedshus i 2022, hvilket forventes at virke fremmende på rekrutteringen.

29.4 Fremtidig struktur

Der kan fremover være praksis de eksisterende steder. Der skal fremover være praksis i Aabenraa, Rødekro, Felsted, Tinglev, Bylderup Bov og Padborg.

UDKAST

Bilag

1 Praksistyper

1.1 Enkeltmandspraksis (solopraksis) i henhold til overenskomsten om almen praksis.

Enkeltmandspraksis, også kaldet solopraksis, er en praksis, der drives af én læge uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi. En enkeltmandspraksis har 1 ydernummer med én kapacitet – dog kan en enkeltmandspraksis godt have en deletilladelse, hvorved to læger deles om pasning af patienterne tilknyttet ydernummeret. Der er 134 enkeltmandspraksis i regionen, svarende til 37,6 procent.

1.2 Kompagniskabspraksis i henhold til overenskomsten om almen praksis

Kompagniskabspraksis er en praksis, der drives af to eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. Et kompagniskab har 1 ydernummer med flere kapaciteter. Hvis man som patient er tilmeldt et kompagniskab, er man tilmeldt alle lægerne i kompagniskabet, og ikke én bestemt læge.

1.3 Samarbejdspraksis i henhold til overenskomsten om almen praksis

En samarbejdspraksis drives i et samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis, hvor de enkelte praksis har hver deres patienter. Indtægter deles ikke, men hver praksis driver sin egen selvstændige forretning, blot i samarbejde med andre og med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale. Udgifter til indkøb mv. kan deles af de praksis, der arbejder sammen.

En enkeltmandspraksis og et kompagniskab kan godt være i samarbejdspraksis med hinanden, og på mange måder minder en samarbejdspraksis om kompagniskab, bortset fra, at man ikke deler indtægter fra lægearbejdet, som man gør i en kompagniskabspraksis og at patienterne er tilmeldt den enkelte praksis, ikke praksisfællesskabet.

1.4 Netværkspraksis

Ved Netværkspraksis forstås praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde. Der er ikke lokalefællesskab. Der er helt eller delvist fællesskab om klinikpersonale og/eller fællesskab om klinikudstyr/instrumenter. De læger der indgår i en netværkspraksis fungerer som stedfortræder for hinanden i tilfælde af sygdom, ferie og andet fravær. Læger i en netværkspraksis er ikke afskåret fra tillige at indgå aftaler med læger uden for netværket om at være stedfortræder.,

1.5 Delepraksis i henhold til overenskomsten om almen praksis

En delepraksis er en praksis, som har fået tilladelse til, at én kapacitet deles af to læger. Etablering af en delepraksis, fx fire læger til tre lægekapaciteter, kræver altid Samarbejdsudvalgets tilladelse, medmindre praksis er beliggende i et lægedækningstruet område. Tilladelse til delepraksis kan meddeles, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom, udadvendte faglige funktioner mv., har brug for aflastning. Delepraksistilladelsen er en personlig ordning for den konkrete læge. Dog har praksis i lægedækningstruede områder iht. den nuværende overenskomst altid ret til delepraksis, uden at søge om tilladelse hertil.

UDKAST

1.6 Ansatte læger i almen praksis

Ikke alle læger, der arbejder i almen praksis, er ejere. Man kan godt være ansat i en almen praksis, hvis denne praksis har en ledig kapacitet. I så fald er lægen almindelig lønmodtager, og arbejdsgiveren er den læge, der ejer praksis. Mange yngre læger lader sig ansætte til en start, med henblik på at vurdere, om et senere kompagniskab/praksisovertagelse kunne være en mulighed. Det er en god mulighed for at lære hinanden at kende, samt få kendskab til livet som praktiserende læge. I ikke-lægedækningstruede områder må højst halvdelen af praksis' kapaciteter være besat af ansatte læger.

1.7 Satellitklinik i henhold til overenskomsten om almen praksis

Regionen kan give en praksis tilladelse til etablering af en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted. Satellitpraksis udgør et ekstra konsultationssted og ikke en selvstændig praksis i forhold til overenskomsten. Der kan aftales indskrænket åbningstid i satellitpraksis afhængig af behov og tildelt lægekapacitet. Hvis satellitpraksis har lukket i dagtiden, har de tilmeldte patienter ret til almen lægehjælp fra det primære konsultationssted. Muligheden for at sikre lægedækning i et lokalområde via etablering af satellitpraksis kan indgå i praksisplanen.

1.8 Ydernummer på licens i henhold til overenskomsten om almen praksis

For at give fleksibilitet til læger, der ikke umiddelbart ønsker at investere i egen praksis, giver overenskomsten mulighed for at tildele et ydernummer på licens. Det forudsætter, at regionen eller kommunen stiller klinik til rådighed for lægen. Ydernummeret kan ikke videresælges, og lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler et nærmere aftalt omkostningsbidrag til regionen.

Lægen kan meddele ophør i praksis med et varsel på seks måneder, hvorefter ydernummeret tilfalder regionen til nybesættelse. Desuden kan lægen overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse mv.

1.9 Udbudsklinik i henhold til sundhedsloven

Sundhedsloven giver regionen mulighed for at lade private virksomheder drive lægeklinikker, når det ikke er muligt at tiltrække praktiserende læger på overenskomstmæssige vilkår. I sådanne tilfælde, skal regionen gennemføre et udbud af driften af det/de ledige ydernumre, for at sikre, at der er et alment medicinsk tilbud til alle patienter. En udbudsklinik skal drives på samme vilkår som en almen praktiserende læge driver sin praksis, dvs. efter reglerne i overenskomsten om almen praksis. Private virksomheder benyttes derfor kun i områder, hvor de alment praktiserende læger ikke har ønsket at drive praksis, og sikrer dermed, at regionen altid kan tilbyde lægedækning i nærområderne.

Typisk løber kontrakten med den pågældende leverandør i 4 år, hvorefter regionen igen vil forsøge at afsætte ydernummeret/ydernumrene på almindelige vilkår, til alment praktiserende læger. Såfremt dette ikke lykkes, vil der blive gennemført et nyt udbud rettet mod private leverandører. I Region Syddanmark er der udbudsklinik i Ølgod, Esbjerg V, Grindsted, Ærøskøbing, og Aabenraa.

1.10 Regionsklinik i henhold til sundhedsloven

Regionen kan, under visse betingelser, vælge at etablere en almen lægepraksis, som er drevet af regionen. Dette kan regionen imidlertid kun gøre, hvis regionen kan løse opgaven væsentligt billigere end den private leverandør, eller hvis der ikke indkommer bud i forbindelse med udbuddet.

UDKAST

Sundhedsministeren kan imidlertid, efter ansøgning, fra et regionsråd eller en kommunalbestyrelse godkende, at der iværksættes forsøg, der indebærer at regionen eller kommunen selv etablerer en almen praksis, uden at der gennemføres et udbud forinden.

Disse klinikker skal have til formål at fremme omstilling i sundhedsvæsenet, herunder med nye organisations- og behandlingsformer, ændrede tilskud eller ændrede honoreringssystemer m.v. I Region Syddanmark blev der etableret en sådan forsøgsklinik på Sydvestjysk Sygehus i september 2018, der bl.a. har til formål at afprøve, hvordan almen praksis kan organiseres i tæt samarbejde med et sygehus, med de mange synergieffekter, som dette kan give.

1.11 Midlertidige, akutte tilbud i henhold til sundhedsloven

Der kan opstå situationer, hvor en læge pludselig ophører. Det kan være pga. dødsfald, eller alvorlig sygdom, hvor der ikke vil ske tilbagevenden til praksis. I sådanne situationer, kan ydernummeret opsiges af lægen – eller dennes bo – med et varsel på løbende måned + 1 måned. I denne korte opsigelsesfase, har lægen – eller dennes bo – selv forpligtelsen til at bemande ydernummeret med f.eks. en vikar, eller ved at indgå aftale med en nabolæge om, at denne passer patienterne. Det kan imidlertid vise sig overordentligt vanskeligt for lægen eller boet, at løfte denne forpligtelse. I sådanne akutte situationer kan regionen etablere et midlertidigt, akut tilbud til patienterne, indtil ydernummeret kan sælges til en alment praktiserende læge, eller indtil der er gennemført et udbud. Et sådant midlertidigt tilbud kan antage forskellige former, f.eks. kan regionen betale en nabolæge en rimelig betaling for at påtage sig pasningen af patienterne i en kort periode, regionen kan etablere en klinik, eller f.eks. bede en privat aktør på markedet om hjælp.

1.12 Mulighed for at eje flere ydernumre i henhold til sundhedsloven

Almen praksis har indtil ændringerne i sundhedsloven i 2013 kun kunnet udøves fra ét konsultationssted, medmindre regionen fx havde givet en praksis tilladelse til at etablere satellitpraksis. Ifølge den nugældende sundhedslov har en læge mulighed for at erhverve ledige kapaciteter af regionen og af andre læger, og dermed eje op til 6 kapaciteter på 6 praksisadresser. For disse kapaciteter gælder det, at en kapacitet er lig med et ydernummer. Lægen kan ansætte speciallæger i almen medicin i sådanne ydernumre på forskellige praksisadresser uden at indhente godkendelse til det. Det betyder, at en læge kan eje 6 forskellige lægeklinikker forskellige steder i landet, og ansætte læger, i stedet for selv at være til stede i klinikken. Modellen er forholdsvis ny, men ikke desto mindre er den set anvendt i stort set alle regionerne, ligeledes i Region Syddanmark.

1.13 Sundhedshuse

Sammenlægninger og udflytninger af sundhedstilbud indenfor sygehusene har medført, at en række bygninger (sygehuse) står tomme. Nogle af disse bygninger har efterfølgende fået tilført nye regionale/kommunale funktioner, og kan derved også danne gode rammer for drift af lægepraksis. Der etableres i disse år således egentlige sundhedshuse og sundhedscentre i udkantsområder over hele landet og således også i Region Syddanmark. Med sundhedshusene samles praktiserende læger og andre ydere fra praksissektoren, regionale funktioner som ambulatoriefunktioner, jordemoderkonsultationer og billeddiagnostik samt kommunale tilbud om træning, pleje og forebyggelse i de samme fysiske rammer – altså i ét fælles sundhedshus. Formålet med sundhedshusene er således at etablere et nært sundhedstilbud, som er tæt på og let tilgængelige for patienterne.

UDKAST

Det har vist sig som et værdifuldt rekrutteringsparameter, at praksis er beliggende i et sundhedshus, og det helhedsfællesskab, der følger med dette.

UDKAST

Region Syddanmark

Afdeling: Tværsektorielt samarbejde
Journal nr.: 19/22733
Dato: 23. august 2019

Udarbejdet af: Peter Lund Kristensen og Mette Nygaard
E-mail: plkristensen@rsyd.dk
meny@rsyd.dk
Telefon: 20 58 50 87, 21 59 83 03

Notat

Overvejelser vedr. gennemførelse af Sundhedsprofil-undersøgelsen hvert 2. år

Baggrund

I forbindelse med arbejdet med Sundhedsaftalen ønskes det belyst hvilke overvejelser, der er væsentlige i forhold til en beslutning om at afvikle Sundhedsprofil-undersøgelsen hvert 2. år - evt. med færre spørgsmål (en såkaldt pixi-udgave).

Ønsket tager afsæt i, at en række af de målsætninger, som er opstillet i Sundhedsaftalen, skal monitoreres med afsæt i Sundhedsprofil-undersøgelsen. Argumentet for at gennemføre Sundhedsprofil-undersøgelsen hvert andet år, er, at dette kan give mulighed for at følge målsætningerne tættere.

Nuværende organisering af Sundhedsprofil-arbejdet

De fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet har i 2010, 2013 og 2017 gennemført undersøgelser af den voksne befolknings sundhed og sygelighed.

Undersøgelserne er gennemført på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening (KL), Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet. Regionerne har hver i sær udarbejdet regionale sundhedsprofiler på baggrund af undersøgelserne.

Sundhedsprofil-undersøgelsen planlægges og afvikles over et 4-årigt ”rul”, hvor de involverede parter arbejder tæt sammen og koordinerer omkring alle elementer af undersøgelsen i dels Det Koordinerende Udvalg for Sundhedsprofilen og i en metodegruppe, som er nedsat under Det Koordinerende Udvalg for Sundhedsprofilen.

Desuden er der lokalt et tæt samarbejde med kommunerne om undersøgelsen, herunder formidling, pressearbejde m.m. for at sikre så høj deltagelse som muligt.

Overvejelser

Nedenfor er samlet de væsentligste overvejelser, som bør inddrages i en beslutning vedr. afvikling af en 2-årig Sundhedsprofil-undersøgelse.

Hvornår kan et 2-årigt sundhedsprofil ”rul” tidligst igangsættes?
Jf. den nationale aftale vedr. gennemførsel af Sundhedsprofil-undersøgelsen vil Region Syddanmark også fremadrettet skulle indgå i det nationale arbejde vedr. Sundhedsprofilen og dermed det ”rul”, som arbejdet involverer. Den næste landsdækkende Sundhedsprofil afvikles i 2021.

Da det er meget tidskrævende at tilrettelægge undersøgelsen, vil det ikke kunne nås at afvikle undersøgelsen 2 år tidligere, hvilket ville skulle finde sted i 2019. Dette betyder, at en regional 2-årig undersøgelse tidligst kan gennemføres i 2023. Da den kommende sundhedsaftale løber fra 2019-2023, vil den første 2-årige undersøgelse hermed først kunne gennemføres ved udløbet af aftalen.

Metodiske overvejelser
Der kan særligt identificeres tre metodiske overvejelser, som bør inddrages i forhold til et skifte til et 2-årigt rul i Sundhedsprofil-undersøgelsen.

Relativt begrænsede udsving for de fleste indikatorer
Først og fremmest er det afgørende, at det tages med i overvejelserne, at Sundhedsprofilen generelt viser relativt begrænsede udsving for de fleste indikatorer fra undersøgelse til undersøgelse. Mange sygdomstilstande er forårsaget af flere års uhensigtsmæssig livsstil, og hyppigheden på befolkningsniveau flytter sig ikke meget over en kort tidsperiode.

Derimod kan befolkningens sundhedsadfærd i teorien ændre sig markant over en kort tidsperiode, men erfaringerne viser, at der også på dette område skal gå en vis periode før, der kan registreres udsving og træffes håndfaste konklusioner om udviklingstendenser. På baggrund af en faglig vurdering er der ved undersøgelsens start truffet beslutning om, at 4 år er et passende rul for sundhedsprofilen.

Svarprocent
Hver gang Sundhedsprofil-undersøgelsen gennemføres, gøres et stort arbejde for at opnå en god svarprocent og dermed en repræsentativ undersøgelse. Der udarbejdes eksempelvis forskellige annoncematerialer - herunder skabeloner til pressemeddelelser, radiospots, plakater, badgets til sundhedspersonale, busreklamer. Sundhedsstyrelsen udarbejder endvidere nationale reklamevideoer til brug på de sociale medier osv. En god svarprocent er afgørende for at få robuste resultater.

I 2017-undersøgelsen var svarprocenten 68 % i Region Syddanmark (hvilket dækker over svar fra godt 40.000 borgere). Det vurderes svært at bibeholde den gode svarprocent, hvis undersøgelsen gentages hvert andet år. Ikke mindst hvis de øvrige regioner ikke foretager undersøgelsen i et 2-årigt rul, og Region Syddanmark dermed ikke kan læne sig op ad den omtale, som undersøgelsen får på nationalt plan.

Endvidere vil et 2-årigt rul øge sandsynligheden for en udtrætning af respondenter i de mindste kommuner i regionen (Fanø og Ærø), hvor næsten halvdelen af befolkningen inviteres hver gang undersøgelsen foretages. Hvis Region Syddanmark i et 2-årigt rul ikke lykkes med samme høje svarprocent som i tidligere undersøgelser, så vil det påvirke sammenligneligheden til tidligere undersøgelser.

Sammenlignelighed
Når hver runde af Sundhedsprofilen planlægges, gøres der nogle meget grundige metodiske overvejelser om ændringer og udskiftning af spørgsmål samt opsætning af spørgeskemaet, da det er velkendt, at selv små ændringer kan give anledning til ændrede svarafgivelser, som ikke afspejler ændret adfærd.

Med henblik på at opnå sammenlignelige resultater, som kan danne afsæt for en vurdering af målsætningerne i Sundhedsaftalen, skal den regionale undersøgelse så vidt muligt stemme overens med den nationale undersøgelse. Det er således ikke muligt at lave en pixi-udgave af Sundhedsprofilen, hvor borgerne kun svarer på en reduceret mængde af spørgsmål i 2-årige rul. Sundhedsprofilen skal hver gang gennemføres på den samme måde, hvis resultaterne fra undersøgelse til undersøgelse skal være sammenlignelige.

Økonomi
Der vil i forbindelse med hver undersøgelse være udgifter til projektledelse, CPR-udtræk, forsendelse/porto, opsætning af e-Boks, kuvertering, adressering, pakning, præmier, indscanning af papirspørgeskemaer, opsætning og drift af webspørgeskemaer, trykning af rapport, spørgeskemaer, invitations- og påmindelsesbreve, hotline, dataanalyse, vægtning af data hos Danmarks Statistik samt formidling. Det er ikke forventningen, at der vil være væsentlige driftsgevinster ved at gennemføre undersøgelsen hvert andet år eller ved at reducere omfanget af spørgsmål.

Det bemærkes, at en væsentlig del af opgaverne i dag udføres af en ekstern leverandør, som findes via et EU-udbud. I de 3 tidligere undersøgelser har denne eksterne samarbejdspart været Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Såfremt undersøgelsen skal gentages hvert andet år, vil det være en overvejelse, om der skal etableres en egen enhed, som udfører opgaven, idet omfanget af opgaven samlet set vil være betydelig. Det bemærkes, at sundhedsprofil-undersøgelsen er en opgave, som kræver en specialiseret ekspertise i at gennemføre store befolkningsundersøgelser (statistikere, epidemiloger eller lignende).

Den 4-årige Sundhedsprofil er finansieret af Region Syddanmark, og det samlede budget for et Sundhedsprofil ”rul” er knap 8 mio. kr. Såfremt Sundhedsprofilen skal afvikles 2-årigt, skal det afklares, hvordan undersøgelsen i så fald skal finansieres.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

PATIENTOPLYSNINGER: **ANSVARLIG KOMMUNE:**

Navn, cpr. nr.:	Kontaktoplysninger på den person, som kontrakten er indgået med (navn, titel, afdeling, telefon, e-mail):

OMFANG – TRANSPORT OG OPHOLD PÅ SYGEHUS:

Dato og tidsramme for transport og ophold på sygehus (fra kl. XX til kl. XX)*	Sygehusafdeling, hvor borgeren behandles	Der er benyttet patient-befordring (sæt kryds)	Der er benyttet egen eller institutionens bil (km tur/retur angives) f.eks. vagtskifte. Alternativt taxa i særlige situationer (regning og årsag angives)**	Udgifter til parkering (Dokumentation for P-afgift medsendes regningen sammen med blanketten)

***** Betaling for ledsagelse er gældende fra det tidspunkt, hvor transporten påbegyndes fra borgerens bopæl til transporten afsluttes ved borgerens bopæl. Undtagelse: Hvis borgeren først behandles hos vagtlægen jf. aftalen.

** Taxa kan udelukkende benyttes i særlige situationer, fx hvis der er sket ledsagelse i ambulance. Hvis der indgås kontrakt betaler sygehus for hjemtransport. Hvis der ikke indgås kontrakt betaler kommunen hjemtransport.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

ANSVARLIG SYGEHUSAFDELING*:

Kontaktoplysninger fremgår af standardkontrakten.

* Ansvarlig sygehusafdeling er den afdeling, som indgår aftale om ledsagelse. Det vil som udgangspunkt være borgerens stamafdeling eller akutmodtagelsen.

Blanket til AFREGNING af hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

Vejledning:

Vejledning til udfyldelse af blanketten

Denne blanket vedrører afregning af ledsagelse. Forud for afregningen indgås Standardkontrakt (link).

Der udfyldes som udgangspunkt en blanket pr. behandlingsforløb.

Regionen afregner for:

- Timer anvendt til nødvendig ledsagelse under transport til og fra sygehus samt for befordringsgodtgørelse til ledsager (lav kilometertakst)
- Transport i forbindelse med vagtskifte (lav kilometertakst)
- P-afgift på sygehus, hvis betaling for parkering er påkrævet
- Timer anvendt til personlig hjælp og til kommunikation under ophold på sygehus

Kommunen har ansvaret for at udfylde blanketten, når patientforløbet er afsluttet. Hvis borgeren har været på flere afdelinger i forbindelse med forløbet, skal det fremgå af blanketten hvilke afdelinger, borgeren har været på og i hvor lang tid.

Kommunen vedhæfter blanketten, når kommunen sender faktura til sygehuset.

Sygehuset afklarer internt, hvordan regningen skal fordeles, hvis blanketten omfatter flere afdelinger.

Takster:
Se samarbejdsaftale for hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling (link).

Afregning:
Sygehuset har ret til at afvise en regning, hvis blanket til afregning ikke er vedhæftet den elektroniske regning. Har kommunen ikke mulighed for at vedhæfte blanketten, skal kommunen sikre, at alle oplysninger fra blanketten fremgår af regningen.

UDKAST/17.07.2019

Samarbejdsaftale om hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling

Formål

Region Syddanmark og kommunerne i regionen har indgået denne aftale, som skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset.

Aftalen er et bilag til den gældende sundhedsaftale mellem kommunerne og regionen.

I det følgende bruges begrebet ledsagelse som en samlebetegnelse for hjælp til kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse.

Målgruppe

Samarbejdsaftalen gælder både det somatiske og det psykiatriske område. Dog gælder samarbejdsaftalen ikke borgere med respirator, hvor region og kommuner i forvejen har en betalingsaftale.

Ledsagelse kan eksempelvis være relevant i forhold til borgere med lav udviklingsalder/udviklingshæmning, manglende kommunikationsevner/intet sprog, psykotisk tilstand, angsttilstand, udadreagerende adfærd, selvskadende adfærd eller demenssygdom

Det er borgerens funktion og adfærd, der er afgørende for, om borgeren har behov for ledsagelse. I nogle situationer er det nødvendigt at personale, som borgeren kender, er stede for at skabe den tryghed, der er nødvendig for, at en behandling kan gennemføres. Der kan også være behov for, at personale med særlige - typisk pædagogiske - kompetencer er til stede for, at en behandling kan gennemføres.

Samarbejdsaftalen omfatter alle borgere uanset alder, som kommunen er i kontakt med, og hvor det ikke har været muligt at få pårørende til at følge borgeren på sygehuset.

Børn bør altid følges ved indlæggelse eller ambulant besøg på sygehuset - normalt af forældre eller andre voksne, der drager omsorg for barnet. Såfremt et barns behov for ledsagelse ikke kan dækkes gennem tilstedeværelsen af forældre eller tilsvarende omsorgspersoner, er barnet også omfattet af denne samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen regulerer alene den ledsagelse, der finder sted for borgere med folkeregisteradresse i Region Syddanmark, og som behandles på et sygehus i Region Syddanmark.

Eksempler på opgaver, som kan indgå under begrebet ledsagelse:

- Ledsagelse under transport til og fra sygehuset
- Hjælp til at finde undersøgelseslokalet, de rigtige papirer mv.

- Kommunikation med sygehusets personale
- Personlig hjælp i servicelovens forstand, dvs. hælp til personlig hygiejne og påklædning, til toiletbesøg og til at spise og drikke
- Hjælp til at tage medicin
- Pædagogisk støtte, som er nødvendig for, at patienten kan have en adfærd, der gør det muligt at gennemføre sygehusbehandlingen, eksempelvis ved at sikre borgerens tryghed og motivation i forbindelse med behandlingen.

De ovennævnte eksempler er ikke udtømmende, og der er altid tale om en individuel vurdering af borgerens behov.

Generelle forpligtelser

Det er sygehuset, der har ansvaret for at vurdere, om der er behov for ledsagelse i den enkelte borgers tilfælde. Hvis kommunen ved planlagte behandlingsforløb vurderer, at en borger har behov for ledsagelse, skal kommunen gøre sygehuset opmærksom på dette, så snart kommunen er bekendt med, hvor borgeren skal behandles. Kommunen begrunder sin vurdering overfor sygehuset.

Hvis sygehuset vurderer, at en borger har behov for ledsagelse, og kommunen kan stille denne hjælp til rådighed, skal den konkrete aftale med kommunen indgås forud for planlagt behandling. Det er alene sygehuset, der kan træffe denne beslutning.

Det bemærkes, at hvis borgeren har et behov for bistand, som ikke er relateret til sygehusbehandlingen, og som kommunen ville give borgeren, uanset om vedkommende var på sygehuset eller ej, er det fortsat en kommunal opgave at yde denne bistand.

Ved akut opstået behandlingsbehov vurderer kommunen, om der er behov for ledsagelse, og sender i givet fald ledsager med. Sygehuset skal så hurtigt som muligt og senest fire timer efter borgerens ankomst hertil afklare, om der er behov for fortsat ledsagelse. Hvis det er tilfældet, indgås der en aftale herom med brug af den gældende standardkontrakt (indsæt link), og sygehuset dækker herefter udgifterne til ledsagelse i overensstemmelse med standardkontraktens bestemmelser. Udgifterne til ledsagelse frem til det tidspunkt, hvor en kontrakt er indgået, dækkes af kommunen.

Såfremt kommunen skal ledsage en borger, kan det alene foregå i den udstrækning, kommunen har det nødvendige personale til rådighed. Dette gælder for både akutte og planlagte behandlingsforløb. Kommunen har ansvaret for sikre, at det relevante personale har de kompetencer, der skal til for at løse opgaven.

Sygehuset skal så vidt muligt tilrettelægge forløbene således, at ventetid minimeres, og flere undersøgelser/behandlinger samles på én dag.

Såfremt en borger som led i sit forløb på sygehuset skifter afdeling, overtager den nye afdeling den allerede indgåede aftale om ledsagelse, hvis behovet herfor stadig vurderes at være til stede. Den overførende afdeling er i disse situationer ansvarlig for, at både borgerens nye afdeling og kommunen har de relevante kontaktoplysninger på henholdsvis sygehuset og i kommunen.

Akutte forløb

De akutte behandlingsforløb kan bestå af enten ambulant behandling/undersøgelse eller indlæggelse. Behandlingsbehovet kan enten være akut opstået eller subakut, hvor borgeren indkaldes med kort varsel.

Ved akut opstået behandlingsbehov vurderer kommunen, om der er behov for ledsagelse og sender i givet fald ledsager med.

Sygehuset skal vurdere borgerens behov for fortsat ledsagelse hurtigst muligt og senest fire timer efter ankomsten og i givet fald indgå kontrakt herom, jf. det foregående afsnit om generelle forpligtelser.

I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender en ledsager med, skal kommunen give borgeren et ID-armbånd. Der skal være et kontakttelefonnummer til kommunen på ID armbåndet. I øvrigt skal kommunen medvirke til en god overgang, jf. samarbejdsaftalen om borger- og patientforløb.

Såfremt sygehuset vurderer, at en uledsaget borger har behov for ledsagelse, rettes der henvendelse til kommunen herom.

Det er ledelsen på den relevante afdeling, der tager stilling til, om der skal indgås en aftale med kommunen om ledsagelse (link til standardkontrakt). Sygehuset sender standardkontrakten til kommunen via sikker mail.

Kontrakt om levering af praktisk hjælp dokumenteres i borgerens sag (hjemmeplejejournalen/ patientjournalen).

Begge parter følger løbende op på den indgåede aftale, herunder om ledsagelse fortsat er relevant.

Kommunen betaler for ledsagelse i de tilfælde, hvor borgeren behandles hos vagtlægen. Hvis borgeren efterfølgende overflyttes til akutmodtagelsen, vurderer sygehuset, om der fortsat er behov for ledsagelse. Denne vurdering skal senest foreligge fire timer efter ankomsten til akutmodtagelsen. Sygehuset har i givet fald herefter betalingsforpligtigelsen for ledsageren, jf. denne aftales bestemmelser om akutte forløb.

<u>Planlagte behandlingsforløb</u>

De planlagte behandlingsforløb kan bestå af enten ambulant behandling/undersøgelse eller indlæggelse. Så snart indkaldelsen til det planlagte behandlingsforløb på sygehuset er kendt, går kommunen og afdelingsledelsen i dialog om, hvorvidt den pågældende borger har behov for ledsagelse. Dialogen føres så vidt muligt elektronisk, alternativt telefonisk. Ved behov for ledsagelse indgår hospital og kommune i god tid før det planlagte behandlingsforløb en aftale, og der udarbejdes en plan for forløbet.

Sygehuset har ansvaret for at vurdere, om der er behov for ledsagelse i forbindelse med det planlagte forløb. Vurderer kommunen, at borgeren har behov for ledsagelse, er kommunen dog forpligtet til at gøre sygehuset opmærksom på dette.

Ved bestilling af transport gøres der af hensyn til pladsen opmærksom på, om der skal ledsager med.

I de tilfælde, hvor kommunen ikke sender en ledsager med, skal kommunen give borgeren et ID-armbånd. Der skal være et kontakttelefonnummer til kommunen på ID armbåndet.

Ledelsen på den relevante afdeling indgår en aftale med en kommune om ledsagelse via en standardkontrakt (link til standardkontrakt). Afdelingsledelsen har også ansvaret for at følge op på aftalen, herunder om ledsagelse fortsat er relevant.

Sygehuset sender standardkontrakten til kommunen via sikker mail.

En kontrakt om ledsagelse dokumenteres i borgerens sag (hjemmeplejejournalen/patientjournalen).

Afregning

Sygehuset afholder kommunens udgifter til ledsagelse og anvendt tid under ophold på sygehuset, når der er indgået en aftale om ledsagelse.

Regionen afregner for:

Timer anvendt til nødvendig ledsagelse under transport til og fra sygehus samt for befordringsgodtgørelse til ledsager (lav kilometertakst). Antal kilometer beregnes fra borgerens bopæl til sygehuset. Transport i forbindelse med vagtskifte (lav kilometertakst). Bemærk, at ved akutte forløb afregnes ikke for transporten til sygehuset.

P-afgift på sygehus, hvis betaling for parkering er påkrævet

Timer anvendt til ledsagelse under ophold på sygehus

Regionen afregner med følgende timetakster for ledsagelse under ophold på sygehuset (2019-niveau):

Kategori	Tidspunkter	Takst	Tilllæg
Grundløn	Hverdage kl. 06-17	kr 277,21	0%
Hverdag, aften/nat	Mandag - torsdag 17-06	kr 346,51	25%
Fredag aften / nat	Fredag 17-06	kr 415,81	50%
Lørdag dag	Lørdag kl. 06-17	kr 415,81	50%
Lørdag aften/nat	Lørdag kl. 17-06	kr 485,11	75%
Søn og helligdag dag	Søn- og helligdag kl. 06-17	kr 554,41	100%
Søn og helligdag aften/nat	Søn- og helligdag kl. 17-06	kr 623,71	125%

Dag: Kl. 06-17
Aften: Kl. 17-23
Nat: Kl. 23-06

Taksterne reguleres årligt med Danske Regioners fremskrivningssats for løn på sundhedsområdet.

Efter hvert forløb, hvor der er indgået aftale om kommunal ledsagelse med sygehuset, opgøres det faktiske timeforbrug. Dette kan gøres ved hjælp af et hjælperedskab, som kan findes her: (indsæt link) Betaling for ledsagelse er gældende fra det tidspunkt, hvor kontrakten er indgået, når der er tale om akutte forløb. Ved planlagte forløb er betaling for ledsagelse gældende, når transporten påbegyndes fra borgerens bopæl.

Afregning sker efter hvert forløb. Regningen sendes elektronisk til det sygehus og den afdeling, der har benyttet sig af ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset. Afdelingen oplyser EAN-nummer til kommunen. Blanket for afregning vedhæftes fakturaen (link til blanket for afregning).

Kommunerne kan kun fremsende regninger for borgere, hvor der er indgået en skriftlig aftale med sygehuset om ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling.

Borgerens befordring til sygehus

Regionen yder befordring eller befordringsgodtgørelse til borgeren i henhold til bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befordring og befordringsgodtgørelse efter Sundhedsloven: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202146

Overnatning for ledsager

Regionen afholder udgifter vedr. evt. overnatning for ledsager. Dette afregnes særskilt, jf. de generelle patientbefordringsregler i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018, se særligt § 27 stk.3.

Ansvar for ledsager

Kommunen har ansvaret for ledsageren under ledsagelse af borgeren til, fra og på sygehuset.

Hvis ledsageren bliver påført en skade i forbindelse med ledsagelsen, skal skaden anmeldes til kommunens arbejdsskadeforsikring.

Hvis ledsageren i forbindelse med ledsagelsen forvolder en skade på andres person eller ting, skal skaden anmeldes til kommunens ansvarsforsikring.

Det ledsagende personale må kun udføre de opgaver, der er aftalt.

Særlige forhold vedrørende borgere, der har personlige hjælpere i hjemmet

I tilfælde, hvor borgere har personlige hjælpere efter Serviceloven, skal den behandlende sygehusafdeling vurdere, om der er behov for at opretholde denne ordning under indlæggelsen. I akutte forløb skal denne vurdering ske senest efter fire timer, jf. denne samarbejdsaftales generelle bestemmelser. Hvis ordningen med personlige hjælpere opretholdes under indlæggelse, skal sygehuset afholde udgiften hertil. Der indgås aftale om personlige hjælpers medvirken via den standardkontrakt, som følger af denne aftale. Rammerne for indgåelse af kontrakten er beskrevet ovenfor.

I tilfælde, hvor forældre er ansat som personlige hjælpere for børn over 18 år, skal sygehuset tydeligt tilkendegive, hvornår forældretilstedeværelsen er i form af nødvendig hjælpertilstedeværelse (med dertil hørende betaling fra afdelingen), og hvornår den er almindelig, forventet pårørendeomsorg.

Fortolkning af aftalen

Uafklarede spørgsmål om fortolkning af elementer i sundhedsaftalerne, herunder opgaveansvar, afklares i hverdagen på stedet via nærmeste leder, uden opsættende virkning. Dette med henblik på at sikre borgeren et sammenhængende forløb.

Kan spørgsmål ikke afklares ad denne vej, behandles fortolkningsspørgsmål først i de lokale samordningsfora. Hvis spørgsmål ikke kan afklares her, forelægges det i den relevante følgegruppe, p.t. Følgegruppen for bedre overgange.

Standardkontrakt vedr. ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling”

Betingelserne for nærværende standardkontrakt stammer fra ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling” som indgået mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen.

1. Aftaleparter

Aftalen indgås mellem:

Sygehus: _____og Kommune: _____

Afdeling: _____ Afdeling: _____

Telefonnr.:_____ Telefonnr.: _____

2. Patientoplysninger

CPR-nr.: _____

Patientens navn: _____

Adresse (vej) og nr. _____

Postnummer: _____

Patientens telefonnummer _____

3. Ansvarlig stamafdeling på sygehuset - kontaktoplysninger

Ansvarlig stamafdeling _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer (dagtid): _____

Akutnummer: _____

E-mailadresse: _____

4. Udførende kommunal enhed – kontaktoplysninger

Kommunal udfører _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer (dagtid): _____

Akutnummer: _____

E-mailadresse: _____

5. Hvor er der behov for ledsagelse (sæt kryds)

Akut behandling/undersøgelse _____

Planlagt behandling/undersøgelse _____

6. Aftalt omfang af ledsagelse

Dato for ledsagelsens start: _____

Det forventede omfang af ledsagelse opgøres som det antal timer, kommunerne afregnes for. Ved ambulante besøg anvendes A. Ved indlæggelse anvendes B1 og B2.

A. Forventet omfang af timer i alt _____timer

Eller

B1. Forventet omfang i timer pr. indlæggelsesdøgn _____timer

B2. Forventet indlæggelsestid _____døgn

7. Ansvar

Ansvar for ledsager er beskrevet på side 5 i ”Samarbejdsaftale om kommunikation, personlig hjælp samt ledsagelse i forbindelse med sygehusbehandling”.

8. Økonomi

Taksterne reguleres med Danske Regioners fremskrivningssats for løn på sundhedsområdet.

Der afregnes med en fast takst på 277,21 kroner pr. time (2019-niveau) plus tillæg for aften og weekendarbejde. Anvend evt. indtastningsark, som findes på:

www.regionsyddanmark.dk/wm373177

Regninger sendes elektronisk til sygehusets EAN-nr. og evt. personreference. Kommuner og sygehuse kan i den konkrete situation indbyrdes aftale, om kommunerne opgør og sender regning for hver ledsagelse, eller om en regning kan indeholde mere end én ledsagelse for samme patient.

Af hensyn til muligheder for økonomistyring, henstilles det, at regninger sendes senest tre måneder efter ledsagelsen har fundet sted og så vidt muligt inden for samme regnskabsår.

EAN-nummer / personreference på sygehuset:_____

CVR-nummer: _____

Indbetalinger mærkes med teksten ”ledsagelse” og ”patientens navn eller cpr-nr” samt ”periode” (eksempelvis 2. kvartal 2019).

9. Underskrifter

For sygehuset:	For kommunen:
Dato:	Dato:
_____	_____

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsatser					
Videreudvikling af SAM:BO ift. socialpsykiatri	DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle videreudvikle SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. Forløbene blev endeligt godkendt i Følgegruppen for behandling og pleje på møde 12. oktober 2017 samt i DAK den 23. november 2017. Den 19. december 2017 godkendte SKU de tre nye forløb samt implementeringsplan. Implementeringsplanen følges planmæssigt, og de nye forløb er implementeret den 23. oktober 2018.				Følgegruppen vurderer, at der er behov for en entydig definition samt juridisk afklaring vedr. begrebet én indgang via DAK-formandsskabet. Der udarbejdes et baggrundsnotat, som forelægges DAK-formandsskabet med henblik på vurdering af videre proces.
Videreudvikling af SAM:BO ift. arbejdsmarkedsområdet	DAK godkendte på møde den 23. november 2017, at der i videreudviklingen af SAM:BO arbejdes videre med arbejdsmarkedsområdet. Følgegruppen godkendte den 3. december 2018 et kommissorium for det indledende arbejde vedr. videreudvikling af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet. Der er nedsat en arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen skal udarbejde et kommissorium samt tids- og procesplan for videreudvikligen af SAM:BO på arbejdsmarkedsområdet. Dette forelægges Følgegruppen til godkendelse snarest muligt.	11-10-19: Følgegruppen orienteres om status på arbejdet.			
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.				DAK besluttede på møde den 27. januar 2017, at monitorering af ajourførings-procenter for FMK samt evt. audit overgår til Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.
Tværsektoriel FMK arbejdsgruppe	Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsektorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til Følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsektorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK.	Der indhentes halvårlig status i august og januar.			
Særlige opgaver					

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Den foreliggende samarbejdsaftale er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016. Sundhedsstyrelsen udsendte i december 2017 reviderede anbefalinger for den palliative indsats. Følgegruppen godkendte i forlængelse heraf den 9. april 2018 kommissorium for tværsektoriel arbejdsgruppe til revidering af samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid. Den reviderede samarbejdsaftale blev godkendt af følgegruppen den 14. maj 2019 og forventes forelagt til godkendelse i DAK den 7. juni 2019.			August 2019. Formands-skabet for arbejdsgruppen stiller sig til rådighed for præsentation af aftalen på SOF-møder.	
Elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	Psykiatriområdet i Region Syddanmark arbejder ud fra SAM:BO aftalen på lige fod med det somatiske område. I det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatri og hjemmepleje anvendes de MedCom-standarder, som fremgår af den reviderede SAM:BO (implementeret den 3. oktober 2017).	11-10-19: Status på arbejdet. Der gives en årlig status på implementering/ data på rapporttyper i oktober.			
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb den 30. marts 2017, og implementering er gennemført i tredje kvartal 2017. Følgegruppen har nedsat en tværsektoriel SAM:BO arbejdsgruppe, som understøtter følgegruppen i forhold til drift af SAM:BO. Følgegruppen besluttede den 3. december 2018, at kommissoriet for den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe justeres, så der nedsættes et formandsskab for gruppen, og socialpsykiatrien repræsenteres. Herudover skal arbejdsgruppen suppleres med en kommunal og en regional jurist.				
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	På møde den 23. november 2016 behandlede DAK den nye nationale handlingsplan for 2016-2019. Her var der et særligt fokus på de indsatsområder, som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer).				Følgegruppen har ikke fulgt udviklingen i arbejdet med initiativerne. Dette er sket i en forståelse af de drøftelser, der har været i DAK og det fokus der har været på initiativerne lokalt i de enkelte SOF'er.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Audit/evaluering af SAM:BO	Der er pr. 1. juni 2017 trådt en ændring af sundhedsloven i kraft, som gør det muligt for autoriserede sundhedspersoner at trække og anvende data til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af sundhedsvæsenet. Følgegruppen har den 8. oktober 2018 drøftet, at en audit af SAM:BO bør afvente, at SAM:BO Socialpsykiatri er implementeret og i drift. Følgegruppen vurderer derfor, at en audit af SAM:BO mest hensigtsmæssigt finder sted i den ny sundhedsaftaleperiode.				
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget ift. forskellige remedier herunder, om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget. Status gives helårligt i oktober.				
Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	Den nationale handlingsplan for demens lægger i initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens. På baggrund af evalueringerne har Sundhedsstyrelsen udarbejdet faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Anbefalingerne omfatter såvel organisering som rolle og ansvarsfordeling i forhold til arbejdet. De endelige anbefalinger er endnu ikke udsendt. Seneste oplysning fra ministeret er, at det beror på, at KL endnu ikke har indsendt kommentarer til DUT-høringen. Den tværsektorielle arbejdsgruppe for den samlede demensindsats i regionen skulle have afholdt møde den 2. maj 2019 for at indlede arbejdet med revision af samarbejdsaftalen for demens, så den harmonerer med de nye anbefalinger. Der er nu booket møder med arbejdsgruppen i september.	Løbende afrapportering fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - adhoc. 11-10-19: følgegruppen forelægges status.			
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demensenhederne	Udfordringen omkring underrepræsentation af etniske minoriteter i forbindelse med opsporing, udredning og behandling af demens vil blive løftet ind i forbindelse med arbejdet med øvrige initiativer i demenshandlingsplanen. Bl.a. når de nationale anbefalinger for tværfaglige forløb for mennesker med demens foreligger, og der skal arbejdes med en revision af samarbejdsaftalen.				
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Der blev udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb. Da kurset blev udbudt, var der efterfølgende ikke tilslutning hertil. På den baggrund er opgaven vedr. kompetenceudvikling skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium. Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan (Initiativ 22).				
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	DAK godkendte den 23. november 2017 Regional Vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange. DAK godkendte den 14. maj 2018 et oplæg til læringsinitiativer med den præcisering, at arbejdet med læringsinitiativer skal forankres lokalt. Der er afholdt en temaeftermiddag om læringsinitiativer vedr. UTH i sektorovergange den 15. november 2018. Opsamling på temaeftermiddagen er sendt til deltagerne og SOF-sekretariaterne med henblik på lokal forankring af læringsinitiativer.				
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Følgegruppen godkendte den 9. april 2018 udkast til den reviderede samarbejdsaftale. Den reviderede samarbejdsaftale blev godkendt på møde i DAK 14-05-18. Den reviderede aftale er sendt ud til region og kommuner til implementering.	11-10-19: Følgegruppen forelægges status.			
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16 og blev godkendt af regionsrådet 28-11-16. Det er Følgegruppens opgave at monitorere samarbejdsaftalen. Der er nedsat en ERFA-gruppe på området. Følgegruppen godkendte den 3. december, at samarbejdsaftalen revideres jf. ny organisering på området. Kommissorium og revideret tidsplan for arbejdet er godkendt af følgegruppen den 14.maj 2019.	11-10-19: Godkendelse af revideret udkast til samarbejdsaftale om fælles hjælperordninger i Region Syddanmark			Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der er nedsat en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014. Igangsættelse af revision af aftalen er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven. Der er udarbejdet et aftaleudkast, som har medført kommentarer fra arbejdsgruppens medlemmer, som kræver yderligere håndtering. Derfor vil følgegruppen først få aftaleudkastet forelagt den 23. august 2019.	23-08-19: Oplæg til revideret samarbejdsaftale forventes klar til forelæggelse for Følgegruppen til godkendelse.	19-09-19: Oplæg til revideret samarbejdsaftale forventes klar til forelæggelse for Følgegruppen til godkendelse.		
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Det Administrative Kontaktforum besluttede på møde den 22. juni 2017, at Samarbejdsaftalen for det psykiatriske område udfases i løbet af 2. halvår 2018, da indholdet i aftalen er dækket af henholdsvis Sundhedsaftalen samt af SAM:BO aftalen, når denne fra 2. halvår 2018 dækker både somatik, psykiatri og socialpsykiatrien.				Følgegruppen godkendte den 19. februar 2018 redaktionelle justeringer af følgende 3 underaftaler: "Samarbejdsaftale om

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
					retspsykiatriske patienter, 2015", "Samarbejdsaftale om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet, 2015", "Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug og alkoholmisbrug, 2015".
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Aftalen er godkendt af SKU den 28. oktober 2014 og er implementeret i SOF´erne. Der er afholdt temadag i 2017. Der er ikke bemærkninger til aftalen. Spørgsmål ift. implementering af aftaleindholdet drøftes efter behov i SOF'erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (april).			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er gennemført via SOF'erne. Der er gennemført en evaluering af implementeringen og på den baggrund afholdt opfølgende temadrøftelser med PSOF´erne.	Der afrapporteres helårligt på arbejdet (feb.).			
Aftale om sårbare gravide	DAK godkendte samarbejdsaftale om sårbare gravide på møde den 23. november 2017. Aftalen blev derefter godkendt af SKU den 19. december 2017. Aftalen er implementeret via SOF´erne i 1.kvartal af 2018. Der er igangsat en udarbejdelse af status for implementeringen via SOFerne.	Der afrapporteres næste gang på arbejdet ultimo 2019 på implementeringsarbejdet jf. beslutning på følgegruppemøde 14-05-19.			
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet PLUS	Den reviderede samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark blev godkendt af DAK den 25. januar 2018 med en tilføjelse om monitorering på udviklingen af antal familier i Familieambulatoriet, samt antal besøg pr. familie. Aftalen er implementeret via SOF´erne i 1.kvartal af 2018. Der er igangsat en udarbejdelse af status for implementeringen via SOFerne.	Der afrapporteres næste gang på arbejdet ultimo 2019 på implementeringsarbejdet jf. beslutning på følgegruppemøde 14-05-19.			
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Nye sygehus-hjemmepleje-standarder	Der blev nedsat en arbejdsgruppe, til at understøtte implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarder, som trådte i kraft den 11. maj 2016.				Det blev besluttet på møde i Følgegruppen for behandling og pleje den

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	Alle kommuner i Region Syddanmark kan nu modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Arbejdsgruppen er derfor nedlagt. Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF´erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.				17. august 2017, at monitoreringen ikke videreføres. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses over for Følgegruppen.
Patientoplevet kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevet kvalitet. Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i Følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i Følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i Følgegruppen
Blå = Afventer igangsættelse

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der er på nuværende tidspunkt ikke identificeret et behov for it-under-støttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Videndeling Det Administrative Kontaktforum godkendte handleplanen for organisatorisk implementering af videndeling vedr. velfærdsteknologi og telemedicin. Herunder, at Følgegruppen for velfærdsteknologi og	Temadagen vedr. tværsektoriel anvendelse af video, blev gennemført med 84 deltagere, bredt repræsenteret fra kommune og region. Materialet fra temadagen kan findes på følgende link: https://www.rsyd.dk/wm475779			Temadag afholdt d.8. maj 2019. Materialet fra temadagen kan findes på følgende link: https://www.rsyd.dk/wm475779 Afventer nyt emne for temadag i 2020.	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
telemedicin kan arrangere en årlig temadag med fokus på videndeling.					
Tværsektoriel anvendelse af video Det Administrative Kontaktforum godkendte på mødet 19. januar 2019 vejledning og anbefaling for tværsektoriel anvendelse af videokommunikation med undtagelse af indstillingerne vedr. support.				Temadagen blev afholdt d. 8. maj 2019. Materialet fra temadagen kan findes på følgende link: https://www.rsyd.dk/wm475779	
Organisering af telemedicinsk sårvurdering Ny organisering blev godkendt på møde i Det Administrative	Kommissorium for den lokale forvaltning formandsskabsgodkendes.			1.januar 2019	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kontaktforum d. 19. november 2018, hvor det blev besluttet, at Følgegruppen for velfærdsteknologi og telemedicin udarbejder et Kommissorium for den nye lokale forvaltning.					
Udarbejdelse af samarbejdsaftale for Telemedicinsk Sårvurdering Det Administrative Kontaktforum besluttede på mødet 14. maj, at der udarbejdes en samarbejdsaftale for telemedicinsk sårvurdering. Samarbejdsaftalen udarbejdes af Følgegruppen for telemedicin og velfærdsteknologi med involvering af Følgegruppen for behandling og ple-	Aftalen er godkendt på møde i DAK i november 2019.			1.januar 2019	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
je.					
Organisering af KOL Landsdelsprogrammet Det blev besluttet på møde i Det Administrative Kontaktforum at beholde den nuværende organisering. Kommunerne er fremover organiseret med en arbejdsgruppe til at understøtte den kommunale programleder.					

Porteføljestyringsværktøj, Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering

august 2019

Farvekoder:

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Indsats/opgave/ projekt	**Status på indsatsen**	**Milepæle**[1]	**Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK**	**Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne**	**Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses**
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale: - om krav til indholdet i			Materiale til understøttelse af implementeringen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau blev godkendt af DAK den 23. november 2016.	December 2016.	

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører til rehabilitering på specialiseret niveau	Det Administrative Kontaktforum tog, på mødet den 4. april 2019 et oversigtsskema med selvdeklareringer fra leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau til efterretning og lagde op til en videre drøftelse heraf i de lokale samordningsfora			Generisk dagsordenspunkt til drøftelse af sagen er udsendt til de lokale samordningsfora.	Følgegruppen finder, at det også vil være relevant at foretage opfølgning i den nye sundhedsaftaleperiode
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen		Materialet blev godkendt i DAK den 30. marts 2017	Andet kvartal 2017.	-

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.	blev igangsat i september 2016.				
Opfølgning på materialet til understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter	Indsamling af data til opfølgningen forventes iværksat i anden halvdel af 2019		Resultaterne af opfølgningen forventes forelagt DAK i første halvdel af 2019		Indsatsen er rykket tidsmæssigt i overensstemmelse med, hvor den forventes at ligge, jf. forslag til kommissorium for ny følgegruppe
Evaluering af samarbejdsaftale mellem region og kommuner om ventetid forud for genoptræning.	Indsatsen afsluttes, da der er kommet ny lovgivning på området. Der udestår en koordinering i kommunerne af registreringerne af, hvornår borgerne opstarter deres genoptræningsforløb.				Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering og den faglige arbejdsgruppe har på et fællesmøde den 6. februar 2019 drøftet en mulig revision af samarbejdsaftalen, herunder spørgsmålet om en videre monitorering. Et forslag til revideret samarbejdsaftale forventes drøftet på et følgegruppemøde i september

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Implementering af G-GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Følgegruppen følger og faciliterer den videre indsats for at fremme en hensigtsmæssig anvendelse af G-GOP
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-platform pauseres, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger. I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017)på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondan-cemeddelelse , bl.a. ved at: -sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng		DAK godkendte den 22. juni 2017 slutrapport med tilhørende bilag fra arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet, idet det fortsatte implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora	Klar til implementering	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	på tværs; - afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet				
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Indsatsen afsluttes med en konference 7. juni 2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe. Det videre implementeringsarbejde i forhold til aftalen drøftes i efteråret 2018		Afsluttende opsamling på arbejdet med samarbejdsaftalen blev forelagt DAK den 24. januar 2019. Det Administrative Kontaktforum godkendte, at opgaven med registrering af antallet af koordinerende indsatsplaner forankres i de lokale samordningsfora, og at Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering, på baggrund af indberetninger fra de lokale samordningsfora, en gang årligt præsenterer Det		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
			Administrative Kontaktforum for et overblik over udviklingen i antallet af koordinerende indsatsplaner.		
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion.	DAK behandlede den 22. juni 2017 en opfølgning på samarbejdsaftalen og godkendte ved denne lejlighed bl.a., at følgegruppen nedsætter en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et forslag til revision af samarbejdsaftalen, når nationale pakkeforløb og specialeplan foreligger.	En sag om den videre håndtering af samarbejdsaftalen blev forelagt DAK den 24. januar 2019. Det Administrative Kontaktforum godkendte ved denne lejlighed, at samarbejdsaftalen om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner ikke revideres. Den eksisterende samarbejdsaftale fortsætter indtil relevante temaer fra samarbejdsaftalen enten er integreret i andre arbejdsgange eller er		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
			indarbejdet som indsatser under relevante visioner og målsætninger i Sundhedsaftalen 2019-2023. Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering fik til opgave at afdække, hvordan temaer fra samarbejdsaftalen kan indgå i Sundhedsaftalen 2019-2023.		
Oplæg til et forskningsprojekt med fokus på effekten af genoptræning		Oplæg behandlet i følgegruppen i juni 2018 og yderligere drøftet på et følgegruppemøde den 4. december 2018.	Det Administrative Kontaktforum godkendte den 24. januar 2019, at arbejdet med et syddansk studie af Genoptræningens effekter afsluttes. Det bemærkes, at emnet vurderes som et vigtigt og relevant forskningsområde, men at såfremt det skal igangsættes, skal det være i andet regi end i en følgegruppe.		
DAK-formandskabet har	En lokal gruppe er nedsat.				Følgegruppens forelægges de

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
godkendt, at der i regi af Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering etableres en lokal gruppe i relation til et nationalt projekt vedr. brugertilfredshed på hjerneskadeområdet					afrapporteringer, der udarbejdes i det nationale projekts regi, og har lejlighed til at afgive bemærkninger hertil.
Tværsektoriel samarbejdsaftale om cerebral parese-opfølgningsprogram for børn og unge (CPOP)			DAK godkendte den 25. januar 2018 den tværsektorielle samarbejdsaftale.		

Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Revidering af Samarbejdsaftalen for blodprøvetagning i eget hjem	Evaluering af Samarbejdsaftalen blev godkendt i DAK på mødet 7/6 2019, hvor det samtidig blev besluttet at revidere samarbejdsaftalen i henhold til arbejdsgruppens anbefalinger.		Ny aftale forventes godkendt på mødet i DAK i november 2019.	Forventet implementeret senest primo 2020.	
Samtalestøtte til stress-ramte og langtidssyge-meldte borgere	DAK har besluttet, at føl-gegruppen kan igangsætte et pilotprojekt med 2-3 kommuner, hvor poten-tialet i et ændret samar-bejde kan undersøges. Den 27. september 2018 har DAK besluttet, at Følgegruppen kan afvente		Afventer Sundhedsaftalen 2019-2023		

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	Sundhedsaftalen 2019-2023 inden projektet sættes i gang. Det bør i den forbindelse afgøres, hvor opgaven bedst placeres i henhold til evt. justeringer af organiseringen af samarbejdet om sundhedsaftalen 2019 – 2023.				
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)	- Intravenøs behandling med væske - Intravenøs behandling med antibiotika	M1: Anden monitorering af samarbejdsaftalernes anvendelse, DAK møde primo 2020	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo november 2017 sendt til implementering via de lokale samordnings-fora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, næste gang op til mødet i DAK primo 2020.
	- Intravenøs og subcutan medicinadministration	M1: Rundspørge blandt sygehuse, kommuner og almen praksis, august 2018 M2: Arbejdsgruppe mødes og kvalificere de indkomne forslag, januar 2019 M3: DAK-formandskabet præsenteres for et beslutningsoplæg ift. hvilke præparater følgegruppen skal undersøge, marts 2019	DAK præsenteres i løbet af efteråret løbende for beslutningsoplæg udarbejdet med udgangspunkt i model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse	Udskudt til kommende Sundhedsaftaleperiode	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		M4: Udarbejdelse af beslutningsoplæg, efteråret 2019			
	- Sondeernæring - Parenteral ernæring	M1: Anden monitorering af samarbejdsaftalens anvendelse, DAK møde primo 2020	Samarbejdsaftalerne er godkendt af SKU d. 31/10 2017	Samarbejdsaftalerne er primo 2018 sendt til implementering via de lokale samordningsfora.	Samarbejdsaftalerne monitoreres halvårligt, næste gang op til mødet i DAK primo 2020.
	- Akutte bed-side blodprøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	M1: Samarbejdsaftalen evalueres i november 2019.	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK d. 25/1 2018 og igen i tilrettet form den 19. november 2019.	Samarbejdsaftalen er primo 2018 sendt til implementering i de lokale samordningsfora samt kommunal lægelige udvalg med effekt fra 1/5 2018.	Samarbejdsaftalen evalueres i november 2019.
	- Pasning af dræn - Kateteranlæggelse og pleje	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i den 21/3 2018 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne er godkendt af DAK d. 14/5 2018	Samarbejdsaftalerne er sendt til implementering i de lokale samordningsfora med effekt fra d. 1/6 2018.	Samarbejdsaftalerne evalueres to år efter implementering.
	Kommunikation til læger på sygehuse og i almen praksis (inkl. vagtlæger) om kommunale akutfunktioner	M1: Indhentning af oplysninger fra de 22 Syddanske kommuner (forventet maj 2019) M2: Informationsmaterialet præsenteres for DAK	Informationsmaterialet præsenteres ikke for DAK men formidles direkte til relevante parter.	Informationsmaterialet forventes klar til videre formidling i efteråret 2019.	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af SKU d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudvalget d. 13/9 2016, Forretningsudvalget d. 14/9 2016 og Regionsrådet d. 23/9 2016.			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem.	Samarbejdsaftalen evalueres i foråret 2019 – to år efter aftalens godkendelse. På dagens møde præsenteres DAK for et overblik over hvor mange kommuner, som har indgået samarbejdsaftalen
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse blev aftalt på baggrund af en temadrøftelse på DAK's møde d. 27/1 2017.		DAK godkendte på deres møde d. 27/1 2017 modellens anvendelse. SKU godkendte på deres møde d. 28/2 2017 modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.		
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemoterapi i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK den 22. juni 2017.			Samarbejdsaftalen blev optil DAK´s møde den 22. juni 2017 revideret og inkludere nu både Cytosar og Vidaza. Denne information er kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres. I perioden d. 1/1– 31/12 2018 har 17 patienter modtaget behandling med cytosar og 19 patienter modtaget behandling med vidaza i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. I hele 2017 modtog 11 patienter behandling med lavdosis cytosar i eget hjem.

Porteføljestyringsværktøj - Sundhedsaftalen 2015-2018

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering	Øvrige bemærkninger/ første resultater af indsats
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt arbejder med at udvikle præsentationen af den kommende rapportering af de 8 nationale mål til DAK og SKU. Følgegruppen vil i rapporteringen komme med en status og vurdering for hver enkel af de fem udvalgte indikatorer.		DAK og SKU forventes ultimo 2019 at modtage næste opdatering på de otte nationale kvalitetsmål. Danske Regioner forventer, at offentliggørelsen af den nationale statusrapport for 2018 bliver oktober/november 2019.		
Løbende aktivitets- og monitoreringsrapport til de syddanske kommuner. Følgegruppen skal undersøge, om det er muligt at trække de af kommunerne ønskede data sammenholdt med de ressourcer, det kræver at opbygge, udføre og vedligeholde et system.	Aabenraa Kommune har stillet sig til rådighed som pilotkommune, der i samarbejde med regionen udarbejder en dataramme. Det er desuden aftalt, at der foretages et pilot-datatræk for Aabenraa Kommune. Pga. overgangen til LPR3 forventes det, at de relevante data først kan trækkes i 4. kvartal 2019.		Den generiske dataramme med træk fra Aabenraa Kommune præsenteres på et DAK-møde i 4. kvartal 2019. Her gives også et bud på det ressourcetræk, det vil kræve, at levere tilsvarende datatræk til alle 22 kommuner med et givent tidsinterval.		Aabenraa Kommune bemærker, at det er besluttet at fastfryse ordningen for den kommunale medfinansiering, så kommunerne får budgetsikkerhed i 2019. Det har gjort det kommunale behov for løbende aktivitetsrapporter fra regionen mindre presserende.
Øge graden af gennemsigthed i data for kommunernes aktivitetsbaserede medfinansiering.	Sundheds- og Ældreministeriet har i efteråret 2018 udarbejdet en analyse af den kommunale medfinansiering, der har tilfredsstillet det umiddelbare kommunale behov for viden om aktivitets- og medfinansieringsdata i 2018. Føl-gegruppens kommunale medsekretær har på møde i Sundhedskoordinationsudvalget d. 8. februar 2019 præsenteret de overordnede resultater af ministeriets analyse.				

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes klar til implementering	Øvrige bemærkninger/ første resultater af indsats
KOL-landsdelsprogrammet i Region Syddanmark. Beregning af lokal business case og gevinstrealisering.	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har udpeget en arbejdsgruppe der arbejder med lokal business case og gevinstrealisering etc. Arbejdsgruppen rapporterer direkte til programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet, selvom arbejdsgruppen formelt ligger under følgegruppen. Følgegruppens sekretariat indgår i arbejdsgruppen for at holde FØKE orienteret.				Rapportering om arbejdsgruppens status og resultater sker via programstyregruppen for KOL-landsdelsprogrammet.
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	DAK besluttede på mødet den 27. jan. at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformationen.				
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsindsatsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har afsluttet de af DAK ønskede trin i analysen.		Analysen af forskningsdesign er overdraget til følgegruppen for genoptræning or rehabilitering		
SPOT-projektet	Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering arbejder med at integrerer SPOT spørgeskemaet i monitoreringen af KOL-forløbsprogrammet.				
Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.				

Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					
Opdatering af den eksisterende regionale samarbejdsaftale for det børne- og ungdomspsykiatriske område	Efter en behovsafdækning i SOF'områderne i foråret 2019, godkendte Følgegruppen for Forebyggelse d. 27/6 2019 at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal opdatere den eksisterende aftale.		Primo 2020		

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom	Arbejdet med udviklingen af forløbsprogram for mennesker med depression forløber endnu planmæssigt. DAK – formandskabet har primo august godkendt en revideret tids- og procesplan for udviklingen af forløbsprogram for mennesker med ryglidelser.	**KOL** DAK behandlede den 23. november 2017 en sag om monitoreringen af indsatsen i forlængelse af patientforløbsprogrammet. DAK besluttede ved den lejlighed, at der i regi af Følgegruppen for forebyggelse skulle udarbejdes et mere detaljeret monitoreringsforslag. **Diabetes** Den 4.december 2017 behandlede Følgegruppen for Forebyggelse det endelige udkast til forløbsprogram på baggrund af de indarbejdede høringssvar.	**KOL** Et mere detaljeret forslag til monitorering af indsatsen blev godkendt af DAK den 19. november 2018. **Diabetes** Den 26. januar 2018 godkendte DAK udkast til forløbsprogram med henblik på forelæggelse på førstkommende møde i SKU. D. 28. februar 2018 godkendte SKU forløbsprogrammet for diabetes.	**Diabetes** (P)SOFerne blev orienteret om godkendelse af forløbsprogrammet i starten af april 2018. Der blev sendt en mail rundt indeholdende det godkende forløbsprogram, implementeringsplan, kommunikationspakke samt et dagsordenspunkt, der kunne bruges ved drøftelsen af implementeringen af forløbsprogrammet i det enkelte (P)SOF .	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen vedr. nye rammer for kronisk sygdom		**Hjerte** Følgegruppen for Forebyggelse behandlede den 10. december 2018 det endelige udkast til forløbsprogram på baggrund af de indarbejdede høringssvar. **Depression** Efter godkendelse i DAK-formandskabet er forløbsprogrammet for mennesker med depression sendt i offentlig høring den 12. august 2019.	**Hjerte** Den 24. januar 2019 godkendte DAK udkast til forløbsprogram med henblik på forelæggelse på førstkommende møde i SKU. D. 8. februar 2019 godkendte SKU hjerteforløbsprogrammet med tilhørende kommunikationspakke og implementeringsplan. **Depression** En endelig udgave af forløbsprogrammet forventes forelagt DAK og SKU i fjerde kvartal af 2019 .	**Hjerte** Implementeringen at forløbsprogrammet med igangsat med en fælles temadag på tværs af SOF-områder i Kolding den 27. maj 2019 **Depression** 1.kvartal 2020	Der udestår et spørgsmål om monitoringen af kommunernes indsats på hjerteområdet, som forventes drøftet på det kommende DAK-møde den 19. september 2019.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppen for Sundhedsprofilen 2017/21	Region Syddanmark offentliggjorde 3. generation af sundhedsprofilen den 7. marts 2018. Kommuner og SOF'er har efterfølgende fået tilbudt oplæg om Sundhedsprofilen samt dataudtræk. Nationalt er der i en længere periode pågået et arbejde med at afklare det lovgivningsmæssige grundlag for udlevering af data fra Sundhedsprofilen i forlængelse af en skærpet fortolkning af eksisterende lovgivning fra Datatilsynets side. Datatilsynet er blevet inddraget for at vurdere på regionernes praksis for udlevering af data og har vurderet, at der fortsat kan videregives data fra Sundhedsprofilen. Aktuelt er proces vedr. ny sundhedsprofilsrunde opstartet med gennemgang af det nationale spørgeskema i metodegruppen for Sundhedsprofilen. Det Nationale koordinerende udvalg har i juni 2019 godkendt, at metodegruppen arbejder videre med emnerne: 1) Kontakt til andre mennesker, 2) ængstelse, nervøsitet og psykisk sygdom, 3) Fysisk aktivitet og stillesiddende fritid samt 4) Alkohol. Ændringer i eksisterende spørgsmål sker efter fælles fastsatte objektive og faglige kriterier. I Region Syddanmark udpeges der aktuelt til en tværsektoriel arbejdsgruppe vedr. Sundhedsprofilen. Arbejdet startes op med et Kick-off den 10. september 2019.	I Region Syddanmark udpeges der aktuelt til en tværsektoriel arbejdsgruppe vedr. Sundhedsprofilen. Følgegruppen for Forebyggelsen har på møde i april 2019 godkendt et kommissorium samt tidsplan for arbejdet. Arbejdet startes op med et Kick-off den 10. september 2019.			

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe for monitorering	**Monitorering af KOL forløbsprogram:** Monitoreringsgruppen er klar med monitoreringen fase 1: Monitorering af, om patienter med KOL sygdom oplever, at implementering af forløbsprogrammet har en værdi for deres sygdomsforløb. Monitoreringsgruppen har i samarbejde med kommunale sundhedsprofessionelle, som varetager KOL rehabilitering, udarbejdet et forslag spørgeskema som er testet på 15 borgere på et KOL-rehabiliteringshold i Kolding Kommune den 10. september 2018. Primo 2019 er der indgået aftale med Dataenheden i Region Syddanmark om at være forvaltningsansvarlig. Elektronisk spørgeskema er lagt i SurveyXact og klar. Samtykkeerklæring og informationsbrev og rykkerbrev er godkendt juridisk og underskrevet af formandskabet for følgegruppen. 14 ud af 22 kommuner har udpeget administrative kontaktpersoner som skal indhente KOL rehabiliteringsdeltagernes samtykke til at må udlevere CPR. nr. mhp. at få tilsendt spørgeskema. Installere Topica og lægge cpr. nr. ind. Der er ved at blive oprettet et korps som borgerne kan ringe til hvis de har problemer med spørgeskemaet teknisk eller indholdsmæssigt.	**Primo 2019:** Etablering af fælles dataindsamling. Spørgeskemaerne sendes ud primo 2019.	Spørgeskema for KOL området blev godkendt af DAK 19/11 2018. Monitoreringen igangsættes medio 2019.		DAK har godkendt planen med den ændring, at der monitoreres på patienternes oplevelse som det første og ikke på, om sygehuse kommuner og almen praksis har implementeret programmet.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: **Ny aftale på børne- og ungeområdet**		**Ultimo august 2019** Lokale implementeringsgrupper er etableret i regi af SOFerne. **27. august 2019** Første arbejdsgruppemøde	**19. september 2019:** DAK orienteres om organiserin-gen og bemandingen af grupperne samt planer for det første arbejdsgruppe-møde den 27. august 2019.	De lokale SOFer er i gang med at skabe en fælles organisering omkring implementering af de 3 forløbsprogrammer og B&U aftalen. Implementeringsgruppern e er på plads ultimo august 19.	
Rammeaftale om Regionens **rådgivning til kommunerne om forebyggelse**	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse i 3./4. kvartal.
Arbejdsgruppe: **Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning**	Regional rammeaftale blev godkendt i SKU d. 20. december 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen. Følgegruppen for Forebyggelse modtog i foråret 2019 en opgørelse der viste, at ni syddanske kommuner har indgået aftale med sygehusenhederne. Opgaver vedr. infektionshygiejnisk rådgivning løses ad hoc, og fungerer tilfredsstillende.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendt i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om **kompetenceudvikling og videndeling – vedr. "lead" model i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer**	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen om kompetenceudvikling og videndeling. I rammeaftalen beskrive en model, hvor et SOF skal være "lead" på et kompetenceudviklingsforløb i forbindelse med implementering af nye forløbsprogrammer.		**Marts 2019:** Følgegruppen for Forebyggelse har indsamlet erfaringer med LEAD modellen i forbindelse med diabetesforløbsprogrammet. Erfaringerne viser, at de fire SOF områder går i gang med at implementere forløbsprogrammerne umiddelbart efter godkendelse, og ikke afventer, at det udvalgte "lead" SOF udvikler et generisk kompetenceudviklingsforløb. Følgegruppen for forebyggelse lægger derfor op til, at LEAD modellen nedlægges, og at der kan udvikles og afprøves en anden model.		Der stilles forslag om, at afprøvning af "lead"-modellen ophører, idet den ikke har fungeret efter hensigten med hverken KOL eller diabetesforløbsprogrammet. De øvrige sygehuse har ikke afventet udspil fra "lead"-sygehuset på koncept for kompetenceudvikling, men har udviklet egne modeller for at komme i gang med implementerings- og kompetenceudviklingsarbejdet.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Styre- og projektgruppe for projekt **"Livsstilsguide i praksis"** Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilsygdomme hos mennesker med en sindslidelse	**Feb.-mart 2017:** 4 orienteringsmøder målrettet kursisternes nærmeste ledere er afholdt. Samlet har 43 ledere deltaget i møderne. **Feb.-maj 2017:** 5 kursusforløb af hver 3 dages varighed er afholdt. Samlet har ca. 100 kursister gennemført kursus i foråret 2017. **Maj-december 2017**: Projektevalueringen er udarbejdet og forelagt styregruppen den 29.11.17. og Følgegruppen for forebyggelse den 04.12.17. **2018 og foråret 2019:** Forankring og udvikling	Den oprindelige proces- og milepælsplan er blevet fulgt med få undtagelser, herunder tilføjelse af planlægning og afholdelse af lederorienteringsmøder. Desuden har forankringsarbejdet været i gang i hele 2018 og fortsætter ligeledes ind i 2019. Det være sig primært formidling til relevante uddannelsesinstitutioner, afholdelse af temadag, overdragelse af projektet til SDCO og færdiggørelse af e-læring. Den 4. december 2018 er der afholdt en temadag for regionale og kommunale drifts- og funktionsledere samt udviklingsmedarbejdere fra social- og lokalpsykiatri, træningsområdet, beskæftigelsesområdet, plejeområdet, socialområdet.		PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".	Projektevalueringen er udarbejdet og forelagt styregruppen den 29.11.17 og Følgegruppen for forebyggelse den 04.12.17. Der er udgivet en forskningsartikel omhandlende projektet i Scandinavian journal of caring Sciences. Der etableres e-læring målrettet professionelle. Arbejdet er i gang. Modulerne forventes tilgængelige i foråret 2019. Projektet er overdraget til Steno Diabetes Center Odense, som i samarbejde med UC Syd arbejder videre med kompetenceudvikling med afsæt i det udviklede materiale. Den 4. dec. er der afholdt en temadag, der med afsæt i projektet satte fokus på det sundhedsfremmende samarbejde mellem sårbare brogere/patienter og fagprofessionelle.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: **Syddansk børne- og ungesundhedsprofil**	Arbejdsgruppen har kortlagt brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og har på baggrund heraf udarbejdet et notat med fordele og ulemper ved en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. På baggrund af drøftelse i DAK d 23.11 2017, besluttede DAK, at der ikke var opbakning til at bede Følgegruppen for Forebyggelse om at udarbejde forslag til en videre proces, da tilgang og forventninger til en fælles børne- og ungeprofil var forskellige i hhv. kommuner og regionen. Sagen anses derfor som **afsluttet** for Følgegruppen for Forebyggelse.	Opgaven er afsluttet	**23/11 2017:** Behandlet på DAK.	Ej relevant	
Aftale om **kompetenceudvikling og videndeling – vedr. samarbejde med Sammen om Velfærd**	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammepapiret blev behandlet i DAK d 22/6 2017, hvor kommunerne valgte ikke at godkende aftalen, begrundet i, at man ønskede sagen drøftet i regi af Sammen om Velfærd en gang til. Denne del af aftalen anses dermed som afsluttet for Følgegruppen for Forebyggelse.	Opgaven er afsluttet	22/6 2017: Behandlet på DAK		

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: **Implementering af nationale kliniske retningsliner for knæartrose**	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes.	**30. marts 2017** Materialet godkendes i Det Administrative Kontaktforum. Arbejdsgruppens opgave er dermed færdiggjort.		**1. kvartal 2017** Materialet er udsendt til (P)SOF'erne	
Arbejdsgruppe: **Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark"**.	Arbejdsgruppen nedlægges, da monitoreringsopgaver fremadrettet skal varetages af arbejdsgruppen "monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse"				
Afdækning af kommunale erfaringer med **indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.**	Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. feb. 2017.	Ej relevant – opgaven er afsluttet		Selve afdækningen implementeres ikke.	Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund implementeres i den nye aftale på børne- og ungeområdet.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle[1]	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.

Afslutning af TeleKOL forløb

Formål:

Instruksen skal sikre en korrekt afslutning af det telemedicinsk forløb for borger/patient med KOL

Aktør:

Kommunen eller sygehus – afhænger af hvem der har ansvaret for opfølgning på data.

Afslutning af det Telemedicinske forløb sker ud fra følgende vurdering:

- Dødsfald
- Hvis borger/patient efter oplæringsperioden ikke formår/evner, at benytte det telemedicinske udstyr – og hvis ikke pårørende eller anden relation kan hjælp hermed vurderes det om forløbet bør stoppes.
- Flytning til anden kommune
- Hvis borger/patient trods talrige opfordringer/gentagende instruktioner ikke foretager målinger som aftalt.
- Ved svære fysiske og/eller kognitive forværringer i borger/patient generelle sundhedstilstand
- For yderligere information se sundhedsstyrelsen anbefalinger side 15[1]

Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske tager kontakt til behandlingsansvarlige læge for at afklare hvorvidt borger/patient bør afsluttes, da den behandlingsansvarlige læge altid skal involveres ved afslutning af forløb.

Borger/patient informeres om afslutning enten via telefon, personligt fremmøde af monitoreringssygeplejersken eller via brev/mail.

Borger/patient kan forblive i indsatsen også selv om vedkommende i en periode ikke opfylder kriterierne for målgruppen.

Information til praktiserende læge eller anden samarbejdspartner omkring afslutning af det telemedicinske forløb:

Der skal ved afslutning af det telemedicinske forløb være en tydelig kommunikation omkring, hvad borger/patient afsluttes til, og det videre forløb dokumenteres i EOJ/EPJ via korrespondance i SAM:BO.

Det telemedicinske forløb kan genetableres, hvis der på et senere tidspunkt vurderes relevant for borger/patient.

Monitoreringsplan afsluttes:

Borger/patient afsluttes i den telemedicinske løsning

[1] Sundhedsstyrelsen (2017): Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – anbefalinger til målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde.

Evalueringssamtale efter to måneder

Formål:

At vurdere om borger/patient oplever at monitoreringen er meningsfuld, samt oplever en sammenhæng mellem målinger/test/score og tilstand ved opstart af det telemedicinske forløb.

Aktør:

Kommune eller sygehus afhængig af hvem der har monitoreringsansvaret på det givne tidspunkt.

Evalueringssamtalen afholdes to måneder efter opstart af indsatsen. Samtalen er som udgangspunkt telefonisk/over video, dog kan den afholdes ved fysisk fremmøde, hvis det vurderes hensigtsmæssigt. Samtalen udføres af den monitoreringsansvarlige sygeplejerske.

Følgende vurderes ud fra samtalen og indsendte målinger:

- Giver monitoreringen mening for borger/patient
- Kvaliteten af målingerne med henblik på validitet.
- Om grænseværdier skal ændres.
- Om målingerne ligger stabilt med henblik på, om borger/patient har brug for yderligere instruktion i at foretage korrekte målinger.
- Om der er målt på aftalte dage og tidspunkter.
- Om der mangler målinger eller besvarelser af spørgsmål.
- Om borger/patient forstår sammenhængen mellem målinger og spørgsmål i spørgeskemaet, symptomer på sygdommen samt hvordan dette kan påvirke borger/patient velbefindende.
- Om der er udsving i borger/patient besvarelse af de sygdomsspecifikke spørgsmål eller målinger.
- Om rejse-sætte-sig testen er afprøvet.
- Lever borger/patient fortsat op til inklusionskriterierne.
- Fremtidigt måleinterval.

Yderligere vejledning:

Det vurderes individuelt med udgangspunkt i evalueringssamtalen, hvilke punkter borger/patient eventuelt har brug for mere vejledning omkring. Såfremt der er behov for yderligere indsatser, benyttes de allerede etablerede tilbud i kommunen, eksempelvis KOL-rehabilitering.

Emner der kan være relevant for borger at få yderligere vejledning omkring:

- **Kontakt:** Hvem skal borger/patient kontakte ved exacerbation. Ved akut behov kontaktes egen læge, lægevagt eller 112. Ved mindre ændringer i borger/patient tilstand, kan borger/patient kontakte den monitoreringsansvarlige sygeplejerske.
- **Tegn på forværring (exacerbation):** Mere åndenød, mere hoste, mere slim (mængde/farve), pibende/hvæsende vejrtrækning, feber, øget behov for inhalationsmedicin mm.
- **Håndtering af inhalationsmedicin:** Inhalationsmedicinens virkning, bivirkninger, inhalationsteknik, mundhygiejne og evt. rengøring af devices og spacere.
- Sygdomsforståelse samt hvad borger/patient skal være opmærksom på i dagligdagen.
- **Angst:** Vejlede i vejrtrækningsteknik, samt hvilke faktorer der fremmer og bryder angst.
- **Vejrtrækning:** Der vejledes i PEP-fløjte, hvis borger/patient har en sådan, vejrtrækningsøvelser, hosteteknik, farve på slim og forebyggelse af sekretdannelse/stagnation.
- **Selvbehandlingsplan ved exacerbation:** Hvis borger/patient har en selvbehandlingsplan, skal det sikres, at borger/patient ved hvornår og hvordan, selvmedicinering skal iværksættes.
- **Forebyggelse:** Borger/patient medansvar og forebyggelse af sygdomsudvikling. Herunder fysisk aktivitet, rygestop, forebyggelse af vægttab.
- Rejse–sætte-sig test, hvis det vurderes aktuelt for borger/patient, og denne ikke tidligere er instrueret heri.
- **Iltbehandling:** Sikre at borger/patient anvender ilttilskud som ordineret og kender forholdsregler ved behandling. Derudover at ilten også skal anvendes ved målinger med det telemedicinske udstyr.

Der bør efterfølgende ske løbende evalueringer, dog minimum én gang årligt.

Evalueringssamtalen skal dokumenteres i EOJ/EPJ, samt kommunikeres med relevante aktører via vanlige kommunikationsveje (SAM:BO).

Evalueringssamtale efter 14 dage

Formål:

At vurdere om borger/patient oplever at monitoreringen er meningsfuld, samt oplever en sammenhæng mellem målinger/test/score og tilstand ved opstart af det telemedicinske forløb.

Aktør:

Kommune eller sygehus afhængig af hvem der har monitoreringsansvaret på det givne tidspunkt.

Evalueringssamtalen afholdes 14 dage efter opstart af indsatsen. Samtalen er som udgangspunkt telefonisk/over video, dog kan den afholdes ved fysisk fremmøde, hvis det vurderes hensigtsmæssigt. Samtalen udføres af den monitoreringsansvarlige sygeplejerske.

Da de første 14 dage betragtes som en indkøringsperiode, vurderes følgende ud fra samtalen og indsendte målinger:

- Giver monitoreringen mening for borger/patient
- Kvaliteten af målingerne med henblik på validitet.
- Om grænseværdier skal ændres.
- Om målingerne ligger stabilt med henblik på, om borger/patient har brug for yderligere instruktion i at foretage korrekte målinger.
- Om der er målt på aftalte dage og tidspunkter.
- Om der mangler målinger eller besvarelser af spørgsmål.
- Om borger/patient forstår sammenhængen mellem målinger og spørgsmål i spørgeskemaet, symptomer på sygdommen samt hvordan dette kan påvirke borger/patient velbefindende.
- Om der er udsving i borger/patient besvarelse af de sygdomsspecifikke spørgsmål eller målinger.
- Om rejse-sætte-sig testen er afprøvet.
- Lever borger/patient fortsat op til inklusionskriterierne.
- Fremtidigt måleinterval.

Der anbefales et måleinterval på to gange ugentligt med minimum tre hverdages interval, men ud fra en klinisk vurdering kan en anden målehyppighed vurderes mere hensigtsmæssig hos den enkelte borger/patient. Borger/patient kan indsende målinger hyppigere end aftalt, men disse ekstra målinger vil først indgå i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen finder sted. Dette skal borger/patient gøres opmærksom på.

Det vurderes individuelt med udgangspunkt i evalueringssamtalen, hvilke punkter borger/patient eventuelt har brug for mere vejledning omkring. Såfremt der er behov for yderligere indsatser, benyttes de allerede etablerede tilbud i kommunen, eksempelvis KOL-rehabilitering.

Emner der kan være relevant for borger at få yderligere vejledning omkring:

- **Kontakt:** Hvem skal borger/patient kontakte ved exacerbation. Ved akut behov kontaktes egen læge, lægevagt eller 112. Ved mindre ændringer i borger/patient tilstand, kan borger/patient kontakte den monitoreringsansvarlige sygeplejerske
- **Tegn på forværring (exacerbation**): Mere åndenød, mere hoste, mere slim (mængde/farve), pibende/hvæsende vejrtrækning, feber, øget behov for inhalationsmedicin mm.
- **Håndtering af inhalationsmedicin:** Inhalationsmedicinens virkning, bivirkninger, inhalationsteknik, mundhygiejne og evt. rengøring af devices og spacere.
- Sygdomsforståelse samt hvad borger/patient skal være opmærksom på i dagligdagen.
- **Angst:** Vejlede i vejrtrækningsteknik, samt hvilke faktorer der fremmer og bryder angst.
- **Vejrtrækning:** Der vejledes i PEP-fløjte, hvis borger har en sådan, vejrtrækningsøvelser, hosteteknik, farve på slim og forebyggelse af sekretdannelse/stagnation.
- **Selvbehandlingsplan ved exacerbation:** Hvis borger/patient har en selvbehandlingsplan, skal det sikres, at borger/patient ved hvornår og hvordan, selvmedicinering skal iværksættes.
- **Forebyggelse:** Borger/patient medansvar og forebyggelse af sygdomsudvikling. Herunder fysisk aktivitet, rygestop, forebyggelse af vægttab.
- Rejse–sætte-sig test, hvis det vurderes aktuelt for borger/patient, og denne ikke tidligere er instrueret heri.
- **Iltbehandling:** Sikre at borger/patient anvender ilttilskud som ordineret og kender forholdsregler ved behandling. Derudover at ilten også skal anvendes ved målinger med det telemedicinske udstyr.

Anden evaluering foretages efter to måneder, hvor de samme parametre som ved 14 dages evalueringen vurderes.

Efterfølgende bør der ske løbende evalueringer, dog minimum én gang årligt.

Evalueringssamtalen skal dokumenteres i EOJ/EPJ, samt kommunikeres med relevante aktører via vanlige kommunikationsveje (SAM:BO).

Henvisning til TeleKOL

Formål:

Instruksen skal sikre, at henvisning af borger/patient til det telemedicinske forløb sker korrekt

Aktør:

Kommune, praktiserende læge og sygehus

Henvisning kan ske:

- I forbindelse med indlæggelse, et ambulant besøg eller ved afslutning af en anden telemedicinsk indsats fra hospital eller kommune.
- På opfordring fra hjemmeplejen via praktiserende læge, som så vurderer om borger/patient kan inkluderes i TeleKOL.
- Praktiserende læge kan henvise egne borger/patient til TeleKOL.

Henvisning sendes elektronisk fra sygehus til kommune via REF01 eller fra praktiserende læge til kommune via dynamisk henvisning. Der noteres, hvem der er ansvarlig for opfølgning af borger/patient data (det er som udgangspunkt kommunens ansvar at monitorere borger/patient data medmindre sygehuset vurderer anderledes).

Kommunen sender en kvittering retur til enten sygehus eller praktiserende læge på, at de har modtaget henvisningen.

Det er henvisende instans (sygehus eller praktiserende læge), som sikrer sig, at borger/patient har afgivet mundtligt samtykke, samt dokumenter dette i journalen.

Der er henvisende instans, der har ansvaret for at sikre, at de involverede aktører (kommunen, sygehus og praktiserende læge) informeres om borger/patient inklusion i TeleKOL samt orienterer om, hvem der er monitorerings- og behandlingsansvarlig. Information sker via epikriser fra sygehuset og via korrespondancer fra praktiserende læge.

Henvisnings indhold:

- Borger/patient har afgivet mundtligt samtykke til persondataudveksling mellem aktører
- Borger/patient bedes kontaktes med henblik på opstart af det telemedicinske forløb.
- Borger/patient stamdata (navn, cpr-nummer, adresse og telefonnummer – gerne mailadresse)
- Pårørende eller anden relation og dennes kontaktoplysninger.
- Kort sygehistorie herunder andre relevante sygdomme(Komorbiditet).

- Hvis afslutning af et andet telemedicinsk forløb eller anden monitorering fra sygehuse/kommune, da status på borger/patient værdier, og en status på evt. særlige indsatsområder.
- Fev1 – i liter og procent af forventede – målt via spirometri inden for det sidste år.
- Antal af forværringer (exacerbationer) og indlæggelser pga. KOL inden for det seneste år.
- MRC score
- Evt. iltbehandling og i den forbindelse acceptabel saturation.
- Højde/vægt – og evt. allergier.
- Oplysninger som synes relevant for det telemedicinske forløb.
- Oplysninger om den aktuelle medicinske behandling – og aftaler om en evt. selvbehandlingsplan.
- Kontaktoplysninger til den behandlingsansvarlig.

Identifikation af borger/patient til TeleKOL

Formål:

Instruksen skal sikre at borger/patient, der kan have gavn af et telemedicinske forløb, identificeres til indsatsen.

Aktør:

Kommune, praktiserende læge og sygehus.

Identifikation og motivation sker på tværs af sektorer, da borger/patient ofte har forløb flere steder, og identifikation sker derfor via følgende aktør:

- Praktiserende læge
- Kommune
- Sygehus (læger og lungemedicinske sygeplejersker)

Identifikationen og motivationen sker i mødet med borger/patient ud fra et kendskab til den enkeltes situation og sygdom.

Inklusionskriterier:

- Diagnosen KOL er stillet ved en spirometri.
- Borger/patient som har mange symptomer, to eller flere exacerbationer og/eller indlæggelser for KOL det sidste år eller Fev1 < 50 % af forventet, og/eller er i iltbehandling (LTOT)/hjemme-NIV (LTNIV).
- Borger/patient er i behandling eller motiveret for behandling.
- Borger/patient har fast bopæl og praktiserende læge i Region Syddanmark.
- Borger/patient er motiveret for at deltage både i forhold til det tekniske set-up og det sundhedsfaglige indhold, da forventningen er, at borger/patient på sigt kan forstå samt handle på egne målte værdier.

Eksklusionskriterier:

- Multisygdom, hvor KOL ikke er den dominerende sygdom
- Borger/patient der ikke egner sig til et telemedicinske forløb enten ud fra en klinisk vurdering eller som har afprøvet indsatsen og som ikke egner sig til dette.

Derudover er det muligt, at inkludere borger/patient med KOL, som ikke umiddelbart opfylder inklusionskriterierne, men som ud fra en klinisk vurdering skønnes at have effekt af indsatsen.

Det kan f.eks. være borger/patient, som ikke formår, at komme ud af eget hjem, er psykisk sårbar eller hvor der er flere parametre, som tegner et billede af mulighed for forebyggelse set i forhold til borger/patient egenmestring/empowerment samt forebygge indlæggelses/genindlæggelser.

Monitorering af data efter en akut exacerbation, hvor borger/patient allerede er tilknyttet TeleKOL.

Formål:

Instruksen skal sikre at borger/patient efter en akut exacerbation, enten behandlet via egen læge eller efter en akut indlæggelse, monitoreres hyppigere indtil borger/patient er i stabil fase.

Aktør:

Sygehus/kommune

Exacerbation:

"En akut indsættende forværring af borger/patient vanlige symptomer og som afviger fra de normale variationer". En akut exacerbation kræver intervention enten fra monitoreringssygeplejerske, praktiserende læge, en ambulant tid på lungemedicinsk ambulatorium eller indlæggelse.

Symptomer på exacerbation:

- Mere åndenød
- Mere brug af/manglende virkning af PN medicin
- Mere hoste – specielt om natten
- Slim ændrer farve fra klart/gråt til gult/grønt
- Pibende/hvæsende vejrtrækning
- Feber
- Mere træthed – nedsat aktivitet
- Besværet vejrtrækning – øget brug af hjælpemuskler
- Bange/angst pga. den øgede åndenød

Exacerbation frygtes af borger/patient med KOL, da det føles som de mister kontrollen over deres sygdom, og de risikere at tabe en del af deres lungefunktion. Der kan derfor i en periode efter en akut exacerbation være behov for hyppigere målinger og løbende interventioner fra sundhedsfagligt personale, praktiserende læge eller sygehuset.

Intervention, gældende for både kommune og sygehus:

- Borger/patient skal måle og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål dagligt i 14 dage. Hensigten er, at borger/patient får en fornemmelse af bedring. Borger/patient kender allerede det tekniske set up og sine værdier fra før den akutte exacerbation.
- Den monitoreringsansvarlige vurderer, om de forudindstillede alarmgrænser passer til borger/patient, samt justerer disse om nødvendigt i samarbejde med behandlingsansvarlig læge.

Efter 14 dage:

- Monitoreringsansvarlig har en opfølgende samtale med borger/patient
- Borger/patient måler og svarer på sygdomsspecifikke spørgsmål en til tre gange om ugen evt. hyppigere, da det ofte varer 6 til 8 uger inden borger/patient er helt stabiliseret efter en akut exacerbation.

Yderligere opfølgning efter en akut exacerbation:

- Motiveres til kontrol ved egen læge efter 6 til 8 uger, hvis borger/patient er i stabil fase igen. Der opfordres til at måle LFU ved praktiserende læge.
- Borger/patient kan have fået en tid til kontrol i lungemedicinsk ambulatorium.
- Borger/patient kan være udstyret med hjemmeilt og vil derfor få en kontroltid i iltambulatoriet efter 2-3 måneder mhp. om ilten skal seponeres eller fortsættes med kontroller hvert ½-1 år.
- Monitoreringssygeplejersken afholder efter 6 - 8 uger en opfølgende samtale med borger/patient mhp. justering af behandling /måling af data/svare på spørgeskema efter kontrolbesøg ved praktiserende læge, eller ambulant kontrol.

Opfølgning på monitoreringsdata – kommunen

Formål:

Instruksen skal sikre, at opfølgning af data i det telemedicinske forløb foregår korrekt

Aktør:

Kommune.

Monitoreringsansvaret placeres som hovedregel i regi af kommunen.

Borgere, som ud fra en lægelig vurdering har behov for specialiserede kompetencer i den telemedicinske opfølgning, kan monitoreres i sygehusregi. Disse borgere vurderes løbende og minimum hver 6. måned med henblik på, om de er stabile nok til at overgå til monitorering i kommunen.

Monitoreringsansvarlig sygeplejerskes opgaver i forbindelse med opfølgning på data:

- Vurdere indsendte data og tolke eventuelle afvigelser ind i en sammenhæng med borgers øvrige sygdomme og symptombillede.
- Kontakt til borger og spørge uddybende til eventuelle symptomer, varighed mv. Sygeplejersken foretager andre observationer gennem spørgsmål, registrerer eventuelle ændringer i dagligt funktionsniveau, brug af medicin, borgers egen oplevelse af den aktuelle situation mv.
- Sygeplejersken vejleder også pårørende om, hvordan de kan yde bedst mulig støtte.

Målinger foretages individuelt med hensyn til interval og tidspunkt. Som udgangspunkt måler og svarer borger på sygdomsspecifikke spørgsmål en til to gange om ugen.

Den enkelte borgers referenceværdier er forudindstillede, men vil fortløbende kunne justeres i samråd med behandlingsansvarlige læge. For vægt tilføjes referenceværdien ud fra den/de første vægtmålinger.

Vejledende referenceværdier:

Saturation	≥92	≥88 og <92[18]	< 88[19]

Puls: (hvile)	≤50	>50 og <60	≥60 og <110	≥110 og <130[20]	≥130[21]

Vægt kg	+ 3	+ 2	÷ 2	÷ 3

Den monitoreringsansvarlige sygeplejerske kan med fordel kontakte behandlingsansvarlige læge efter aftale med borgeren ved behov for at ændre referenceværdier i forbindelse med ændring i borgers helbredstilstand.

Kontakt til borger:

Monitoreringsansvarlig sygeplejerske kontakter borger telefonisk, over video eller via meddelelsesmodul i den telemedicinske løsning. Hvilken kommunikationsform der benyttes, beror på en individuel beslutning.

- **Skriftelige meddelelser bør aldrig benyttes til akutte beskeder**.
- Beskedmodulet kan aldrig erstatte dokumentation i EOJ

Monitoreringsansvarlig sygeplejerske tager kontakt til borger i følgende situationer:

- Når der er undladt måling.
- Ved mistanke om fejlmåling.
- Én eller flere indkomne værdier for målinger eller sygdomsspecifikke spørgsmål er afvigende i negativ retning.
- Hvis der vurderes behov for opstart af selvbehandlingsplan (såfremt borger har en sådan).

Kontakt til læge:

Som udgangspunkt skal borger selv tage kontakt til praktiserende læge i følgende situationer:

- Ved mistanke om at borger har exacerbation/pneumoni.
- Ved værdier og symptomer uden for normalområdet.
- Ved tiltagende klinisk forværring.

Ved akut opstået forværring skal borger benytte de sædvanlige kontakter til egen læge, lægevagten eller alarm 112.

Kommunen orienterer praktiserende læge, hvis der er ændringer i borgers almentilstand. Praktiserende læge orienteres løbende i forløbet, når det vurderes nødvendigt og altid først efter, der er konfereret med borger. Når der har været kontakt til borger, vurderes det, om der er behov for kontakt til den behandlingsansvarlige læge.

Opfølgning på data – sygehus

Formål:

Instruksen skal sikre at opfølgning på data i det telemedicinske forløb foregår korrekt

Aktør:

Sygehuset

Patient, hvor det kan være relevant at monitoreringsansvaret varetages på sygehuset:

- Patient i GOLD gruppe D med hyppige exacerbationer (2 eller flere om året).
- Patient, hvor KOL evt. er kompliceret med svære udvidelser af bronkiegrenene (bronkieektasier og/eller infektioner).
- Patient med svært nedsat lungefunktion (FEV1 < 30 % af forventet), hvor borgeren er/skal vurderes som potential kandidat til lungetransplantation, volumereducerende kirurgi, ventilanlæggelse og/eller har komplicerende pulmonal hypertension.
- Patient hvor man overvejer eller allerede har iværksat NIV behandling i hjemmet.
- Patient i langtids – hjemmeilt behandling – men praktiserende læge er ansvarlig for den øvrige KOL behandling.

Data:

- Data er konkrete målinger. Det vil sige iltmætning, puls, vægt og patientens svar på sygdomsspecifikke spørgsmål fra spørgeskemaet.
- Derudover er der data fra rejse-sætte-sig test – dette er en beskrivelse af resultatet.

Handling på de indkomne data:

Målehyppighed:

De første 14 dage:

- Patienten skal måle værdier 2 gange om dagen og svare på sygdomsspecifikke spørgsmål x 1 om dagen.
- Hensigten med dette er, at patieten lærer at anvende det telemedicinske system, samt får indsigt i egne værdier og symptomer.
- Derudover er hensigten at det sundhedsfaglige personale kan vurdere om de forudindstillede referenceværdier på patientens målinger passer til borgeren.

Efter de første 14 dage:

- Patienten måler som udgangspunkt værdier og svarer på sygdomsspecifikke spørgsmål som udgangspunkt 2 gange om ugen.

- Den enkelte patient kan anvende det telemedicinsk udstyr hyppigere end aftalt, og disse målinger vil så indgå i dataopfølgningen på det tidspunkt, det er aftalt at monitoreringssygeplejersken vurderer patientens målinger.

Monitoreringssygeplejersken vurderer data:

- De første 14 dage ses data 2 gange om ugen på alle hverdage, og i denne periode kan der være behov for justering af referenceværdierne ud fra borgerens målte værdier.
- Efter 14 dage ses data som udgangspunkt 2 gange om ugen. Data aflæses kun på hverdage.
- Monitoreringssygeplejersken kan vurdere, at der er behov for hyppigere målinger f.eks. på alle hverdage efter en akut indlæggelse med en pneumoni , exacerbation eller nyopstartet iltbehandling.
- Alle målinger skal være foretaget inden kl. 11.00 den pågældende dag hvor monitoreringssygeplejersken skal vurdere data. Tidspunktet kan dog variere, men dette skal være aftalt med den monitoreringsansvarlige sygeplejerske på forhånd.
- Det anbefales at der er 3 dage imellem målingerne hvis der måles 2 gange om ugen.
- Hvis opfølgning falder på en helligdag så følges op på den først kommende hverdag. Patient orienteres herom.

De første 14 dage vurderes følgende:

- Er målingerne valide
- Kan patienten bruge udstyret korrekt – hvis der f.eks. er meget stor variation i værdierne, så kan det skyldes forkert brug af udstyret og patienten kontaktes med henblik på at optimere målemetoden.

Efter de første 14 dage vurderes kvaliteten af målingerne, og hvis:

Kvaliteten af målingerne vurderes ikke at være valide:

- Stillingtagen til om kvaliteten af målingerne kan øges, eksempelvis ved at patienten får hjælp til målingerne af pårørende eller af anden person i hjemmet.
- Stillingtagen til om nogle af målingerne skal undlades. Dette fordrer kontakt til læge.

Kvaliteten af målingerne vurderes valide:

- Værdierne ligger midt i **normalområdet**: Der foretages ingen ændring. De forudindstillede alarmer passer til den konkrete patient.
- Værdier ligger i **normalområdet**, men tæt på grænsen til gul (observeres).

Den videre procedure afhænger af patientens tilstand:

- Patientens tilstand er **stabil,** og det kan forventes, at de indkomne værdier er **normale** for patienten.
- Patientens tilstand er **ikke stabil** f.eks. grundet forværring, og det kræver en sundhedsfaglig intervention. Der afventes yderligere 14 dage, inden der tages stilling til justering af referenceværdier ud fra ovennævnte punkter.

Løbende opgaver i forbindelse med at sygehuset monitorerer data:

Referenceværdier og justering af disse:

- Der kan være behov for at justere på de foruddefinerede referenceværdier, hvilket sker i samråd med lægen.
- Referenceværdi for vægt tilføjes manuelt ved hver enkelt patient ud fra den /de første vægtmålinger.
- Øvrige foruddefinerede referenceværdier er forudindstillede.

Vejledende referenceværdier:

Saturation	≥92	≥88 og <92[18]	< 88[19]

Puls: (hvile)	≤50	>50 og <60	≥60 og <110	≥110 og <130[20]	≥130[21]

Vægt kg	+ 3	+ 2	÷ 2	÷ 3

- Når data monitoreres i sygehusregi skal en evt. kontakt til patientens praktiserende læge altid først ske efter der er konfereret med patienten om hvilke problemstillinger, der skal drøftes med patientens praktiserende læge.
- Hvis det vurderes, at patienten selv kan tage kontakten til praktiserende læge opfordres hertil og sygehuset informerer praktiserende læge herom.

Sygehuset orienterer praktiserende læge:

- Praktiserende læge orienteres om årsag og relevante observationer, hvis en patient er opfordret til at henvende sig ved praktiserende læge.
- Dette sker altid først efter, at der er konfereret med patienten. Formålet er, at praktiserende læge kender årsagen til patientens henvendelse, idet nogle patienter ikke kan huske årsagen til lægebesøget.

Opstart af TeleKOL til borger/patient

Formål:

Instruksen skal sikre at telemedicinske forløb opstartes ensartet og korrekt.

Aktør:

Kommune og sygehus.

Når en borger/patient skal introduceres til telemedicin, kontakter en monitoreringsansvarlig sygeplejerske borger/patient med henblik på fastsættelse af tidspunkt og sted for en samtale. Opstartssamtalen finder sted mellem borger/patient, evt. en pårørende og en monteringsansvarlig sygeplejerske. Det er vigtigt, at mødet er fysisk eller over video, da borger/patient skal introduceres til udstyret og foretage de første målinger under supervision.

Det er som udgangspunkt kommunen, der har ansvaret for opstartsfasen, men det kan også være sygehuset. Monitoreringsansvaret placeres så vidt muligt ligeledes i regi af kommunen.

Det telemedicinske forløb bør altid tilpasses behovet hos den enkelte borger/patient, herunder baggrunden for at denne er blevet inkluderet i indsatsen.

Før opstart af det telemedicinske forløb fastlægges den enkelte borgers/patients referenceværdier. Det er en klinisk opgave som varetages af behandlingsansvarlige læge.

Målinger og registreringer der bør indgå i monitoreringen:

- Iltmætning af blodet.
- Puls.
- Vægt.
- Symptomscore (sygdoms specifikke spørgsmål udvalgt fra spørgeskema, som omhandler graden af åndenød, karakteren af hoste, slim- og spyttest, funktionsbegrænsning m.v.)
- Rejse-sætte-sig-test.

Vejledende referenceværdier:

Saturation	≥92	≥88 og <92[18]	< 88[19]

Puls: (hvile)	≤50	>50 og <60	≥60 og <110	≥110 og <130[20]	≥130[21]

Vægt kg	+ 3	+ 2	÷ 2	÷ 3

Under opstartssamtalen skal den monitoreringsansvarlige sikre sig følgende:

- Borger/patient kender adgangen til sin kontakt i kommunen/sygehuset i form af et telefonnummer og mailadresse.
- Borger/patient henvender sig ved følgende problematikker:
    1. Udstyr, der er gået i stykker. Spørgsmål i relation til udstyr.
    2. Tvivl om målinger eller udførelse af målinger
    3. Generel vejledning relateret til sygdom og sundhed.
- Indhentning af samtykke til det telemedicinske forløb og til videregivelse af kontaktdata til samarbejdspartnere (f.eks. servicepersonale, praktiserende læge mm.), samt journalføre alle relevante oplysninger vedrørende information og samtykke.
- Borger/patient lærer at betjene udstyret til at foretage målinger. Dette gøres ved grundig gennemgang og demonstration af udstyret, visning af det telemedicinske system, herunder hvordan der indsendes målinger og øvrige tilgængelige funktioner, samt eventuelt udførelse af rejse-sætte-sig test.
- Borger/patient informeres om, at såfremt målinger undlades, ikke indsendes som forventet, eller er afvigende kontaktes borger/patient
- Borger/patient får kendskab til relevante spørgeskemaer, der er tilkoblet målingerne, og hvordan disse besvares. Desuden skal det sikres, at borger/patient har en forståelse for betydningen af målingerne og spørgsmålene i skemaerne, samt sammenhængen mellem målingernes værdier og egen velbefindende og livsførelse.
- Borger/patient får forståelse for, hvordan opmærksomhed på målinger og oplevede symptomer skal give større kendskab og forståelse for egen krop og sygdom, og derved tage en eventuel forværring i opløbet og få støtte til at sætte ind tidligere.
- Borger/patient ved, om han/hun har selvbehandlingsplan og hvordan denne anvendes.
- Borger/patient ved, hvornår det er nødvendigt at tage kontakt til egen læge/lægevagt/112, samt at den telemedicinske understøttelse af behandlingstilbuddet ikke erstatter den sædvanlige kontakt med almen praksis eller hospital.
- Borger/patient informeres om evalueringssamtale efter 14 dage, som fortrinsvis foregår telefonisk.

Målinger og målehyppighed:

Når det telemedicinske forløb igangsættes skal borger/patient som standard foretage målinger to gange dagligt i de første 14 dage. Efter 14 dage evalueres om borger/patient habituelle tilstand (måleregime) kan fastsættes og herefter foretages målinger 2 gange ugentligt, medmindre den monitoreringsansvarlige vurderer, at der er behov for anden målehyppighed. Udgangspunktet er, at den monitoreringsansvarlige ser på borger/patient målinger to gange ugentligt på aftalte dage. Borger/patient skal derfor være instrueret om, at kontakte egen læge eller sygehus, såfremt der ved forværring skal reageres straks.

Borger/patient kan anvende det telemedicinske udstyr hyppigere end aftalt. Disse ekstra målinger indgår først i dataopfølgningen på de tidspunkter, hvor opfølgning i forvejen er aftalt til at finde sted. Den monitoreringsansvarlige ser borger/patient målinger minimum to gange ugentligt på fastlagte dage

Hvis data ikke ses på en aftalt opfølgningsdag f.eks. på grund af helligdage, skal borger/patient altid informeres herom.

Opmærksomhedspunkter:

- Reaktionstiden fra henvisning til opstart må maksimalt være syv hverdage.
- Borger/patient informeres om, hvem der har ansvaret for det telemedicinske forløb.
- Borger/patient oplæres i anvendelse af det telemedicinske udstyr

Overdragelse af monitoreringsansvar mellem sektorer

Formål:

Instruksen skal sikre, at der altid er en aktør, som er ansvarlig for opfølgning af borger/patient data.

Aktør:

Sygehus og kommune

Kommunen har monitoreringsansvaret:

- Hvis en borger/patient, hvor kommunen varetager opgaven med telemedicinsk opfølgning, bliver dårligere på baggrund af sin KOL, kan der være behov for vurdering af, om denne borger/patient i en periode skal følges med hyppigere målinger og om der er behov for specialiserede kompetencer i sygehusregi.
- Det er altid sygehuset, der ud fra en faglig vurdering vælger, om sygehuset vil overtage ansvaret for opfølgning på data hos borger/patient, hvor kommunen hidtil har varetaget denne opgave.

Overtagelse af ansvaret fra kommune til sygehus kan ske ved:

- Ambulant besøg eller indlæggelse. Ved indlæggelse pauseres monitorering af borger/patient data i kommunen, og sygehuset vurderer i forbindelse med den aktuelle indlæggelse pga. forværring af KOL om ansvaret for opfølgning på data evt. skal overtages af sygehuset, når borger/patient er udskrevet.
- Henvisning fra almen praksis. Kommunen kontakter borger/patient praktiserende læge, og denne vurderer om der er behov for at henvise borger/patient til sygehus.
- Ved borger/patient, som bliver fulgt i lungeambulatoriet kan den praktiserende læge ved en telefonisk kontakt konferere med lungeambulatoriet om sygehuset i en periode skal overtage monitoreringsansvaret.
- Ved henvendelse kan sygehuset se data på alle borger/patient via medarbejderløsningen.

Handlinger, når sygehuset overtager ansvaret:

- Sygehuset sikrer, at borger/patient har et åbent ambulant forløb i eget speciale, ellers oprettes et sådan.
- Besked til borger/patient om flytning af monitoreringsansvar sendes via medarbejderløsningen til borgerløsningen.
- Sygehuset vurderer og informerer borger/patient om, hvor hyppigt og på hvilke dage borger/patient skal udføre målinger. Dokumenteres i EPJ og medarbejderløsning.
- Sygehuset udleverer kontaktoplysninger – telefon nr. og evt. træffetid til borger/patient. Dette sker via borgerløsning.
- Sygehuset orienterer borger/patient praktiserende læge om, at monitoreringsansvaret er overtaget samt årsagen hertil.

- Sygehuset sender korrespondance meddelelse (SAM:BO) til kommunen og orienterer om, at sygehuset har overtaget ansvaret. Hvis der er informationer, der ønskes fra kommunen påføres dette.
- Sygehuset sikrer, at svar på korrespondancemeddelelse fra kommunen ses. Dette sker ved at kommunen signerer notat.

Borger med KOL, hvor kommunen endnu ikke har afholdt en evaluerings samtale (2 uger efter opstart), og sygehuset får monitoreringsansvaret:

- Sygehuset orienterer sig om aftaler for evalueringssamtalen.
- Sygehuset sender ved udskrivelsen en korrespondancemeddelelse til kommunen med oplysninger til samtalen, fx specielle fokusområder eller evt. problemer med målinger.

Sygehuset har monitoreringsansvaret:

- Sygehuset vurderer løbende, om ansvaret kan overdrages til kommunen.

Handling, når sygehuset overdrager ansvaret til kommunen:

- Sygehuset sender en korrespondancemeddelelse til kommunen om overdragelse af ansvar inden for tre hverdage.
- Sygehuset informerer praktiserende læge om i skift i monitoreringsansvar via korrespondancemeddelelse.
- I meddelelsen indgår information til kommunen og praktiserende læge om specielle udfordringer eller fokusområder samt hvis der er justeret referenceværdier og årsagen hertil.
- Sygehuset har ansvaret for opfølgning på data, indtil den, med kommunen, aftalte dag, hvor borger/patient overdrages.
- Sygehuset vurderer, om det ambulante forløb kan afsluttes.

Handling, når kommunen overtager monitoreringsansvaret fra sygehuset:

- Kommunen redigerer i monitoreringsplanen i medarbejderløsningen ud fra hvilke dage, borger/patient skal udføre målinger og om dette skal ske en eller to gange ugentligt.
- Kommunen orienterer borger/patient om, at det er kommunen, der følger op på data og hvis der ønskes ændringer i monitoreringsplan fx færre målinger eller andre ugedage.
- Kommunen giver borger/patient kontaktoplysninger – telefon nr. og evt. træffetid. Gerne også som besked på tablet, hvis borger/patient anvender denne funktion.
- Hvis kommunen ønsker kontakt med sygehuset, sker det via praktiserende læge

Region Syddanmark

SydKIP

På forkant med kvalitet i praksis-sektoren

5. juli 2019

Region Syddanmark

Indhold

1. SydKIP – på forkant med kvalitet i praksissektoren ... 3
Hovedoverskrifterne i SydKIP– Kvalitet i Praksissektoren i Syddanmark. ... 3
2. Mål og principper for opgaveløsning i SydKIP ... 4
Princip: Tæt og tydelig forankring i den regionale ledelsesstreng ... 4
Princip: Tæt og konstruktivt samarbejde med samarbejdsudvalg for de deltagende praksisområder ... 5
Princip: SydKIP skal være fleksibel for efterspørgsel ... 5
Princip: leverandør af bestilte ydelser ... 5
Princip: Regionale udgifter må ikke overstige de samlede regionale udgifter i 2019. ... 5
Princip: Øremærkede midler må ikke bruges på andre praksisområder ... 6
3. Skematisk overblik over SydKIP ... 6
Styregruppens sammensætning ... 7
Forretningsudvalg ... 7
Daglig ledelse ... 7
Organisering af den daglige indsats ... 8
Fysisk placering af SydKIP ... 8
4. SydKIP og økonomi ... 9
Bilag 1. Beskrivelse af eksisterende funktioner i 2019. ... 10
Bilag 2: Organisering af den daglige indsats ... 15
Bilag 3 Økonomisk oversigt for SydKIP, 2020 og 2021. ... 17

Udkast

1. SydKIP – på forkant med kvalitet i praksissektoren

Det danske sundhedsvæsen er på en rejse.

Vi ser centralisering og stadig stigende specialisering for de få patienter samtidig med, at der sker decentralisering af forebyggelse og behandling for de mange patienter.

Det, der decentraliseres, er behandlingen af borgere med kronisk sygdom og behandlingen af borgere med mindre komplekse lidelser. Forebyggelse og sundhedsfremme decentraliseres også.

Decentraliseringen aktualiserer begrebet ”det nære sundhedsvæsen”, hvor aktørerne i fællesskab har et populationsansvar. Ikke mindst i takt med, at sygehusene arbejder på at lægge behandlinger ud i patienternes eget hjem i tæt samspil med kommunen og den praktiserende læge.

Symbolet på det nære sundhedsvæsen er de multifunktionelle sundhedshuse med behandling og forebyggelse samt rehabilitering tæt på borgernes hverdagsliv.

Dermed får det primære sundhedsvæsen en stadig stigende rolle. Det gælder det kommunale sundhedsvæsen. Og det gælder ikke mindst praksisområdet, der udover de praktiserende læger som den største gruppe også omfatter praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer.

I den seneste overenskomst mellem regionerne og praktiserende læger er det aftalt, at den praktiserende læge med en populationsbaseret tilgang skal skabe mest mulig sundhed samt klinisk og patientoplevet kvalitet for borgere i lægens population. Derfor bliver der – ikke kun for almen praksis, men indenfor hvert praksisområde, behov for stadig mere målrettet at arbejde med tidssvarende kvalitets- og kompetenceudvikling, og dermed også løbende udvikling af generiske metoder og redskaber til at understøtte kvalitets- og kompetenceudviklingen. Og der bliver behov for målrettet at styrke samordningen af indsatsen mellem de forskellige aktører.

Med ovennævnte overenskomst åbner sig nye måder at arbejde med kvalitet, udvikling og efteruddannelse på praksisområdet. Det skal resten af organisationen være bedst muligt gearet til at understøtte. Derfor fremsættes dette forslag om at styrke støtten og assistancen til kvalitetsudvikling, efteruddannelse og samordning på praksisområdet, hvor kræfterne samles i en stærkere og mere koordineret indsats for en samlet og målrettet understøttelse af det nære og primære sundhedsvæsen.

Hovedoverskrifterne i SydKIP– Kvalitet i Praksissektoren i Syddanmark.

- SydKIP samler og styrker eksisterende konsulentbistand, udviklings- og kompetencetilbud samt samordningstilbud og målretter dem mod den samlede praksissektor i Region Syddanmark.
- SydKIP yder bistand til alle ydere med aftale med Region Syddanmark af ovenstående ydelser.
- SydKIP organiseres med udgangspunkt i sundhedsaftaler, praksisplan og overenskomst mellem Danske Regioner og de pågældende yderområder.
- SydKIP organiseres med størst mulig støtte til fagfolk med mindst mulig administration og bureaukrati.
- Etablering af SydKIP medfører ikke ansættelse af flere administrative eller sundhedsfaglige medarbejdere. Det handler alene om at samle kræfterne i en fælles enhed.
- SydKIP etableres udgiftsneutralt for Region Syddanmark.

Udkast

2. Mål og principper for opgaveløsning i SydKIP

Med SydKIP introduceres en ny regional strategi for kvalitets- og kompetenceudvikling i praksissektoren. Det gør det vigtigt at holde mål og principper for SydKIP klare, så det er tydeligt, hvilken udvikling, der fokuseres på.

Det overordnede mål er at sikre borgere og patienter i Region Syddanmark et højt kvalificeret sundhedsvæsen, der opleves som nært, imødekommende og sammenhængende.

De operative mål er at arbejde for dette gennem:

- Understøttelse af kvalitetsarbejdet i klynger for praktiserende læger
- Hjælp til organisations- og kvalitetsudvikling i de enkelte klinikker
- Understøttelse af samarbejde på tværs såvel mellem praksisområde, sygehus og kommune som mellem praksisområder, hvor det er relevant
- Bistå med kompetenceudvikling når og hvor behov viser sig
- Støtte til at opfylde kvalitetskrav opstillet i lovgivning, overenskomster, sundhedsaftaler og praksisplaner
- Parathed til at iværksætte indsats på baggrund af pludseligt opståede ønsker og behov

Arbejdet med ovenstående mål kommer til at ske i et felt med mange direkte aktører og interessenter.

- Seks praksisområder med hver sin overenskomst
- Fire somatiske og et psykiatrisk sygehus
- 22 kommuner
- En region

For at sikre et konstruktivt samarbejde, er der opstillet seks principper for SydKIP:

- SydKIP skal have en tæt og tydelig forankring i den regionale ledelsesstreng
- SydKIP skal have et tæt og konstruktivt samarbejde med samarbejdsudvalgene og andre overenskomstmæssigt beskrevne udvalg for de deltagende praksisområder
- SydKIP skal være fleksibel for efterspørgsel
- SydKIP skal være leverandør af bestilte ydelser – også med brugerbetaling.
- De regionale udgifter til drift af SydKIP må ikke overstige de samlede regionale udgifter til området i 2019.
- KEU-midler øremærket almen praksis og midler fra andre praksisområder øremærket dette område må ikke anvendes på øvrige praksisområder.

Princip: Tæt og tydelig forankring i den regionale ledelsesstreng

SydKIP skal sikre, at udviklingen af praksissektoren understøtter de overordnede regionale politikker, strategier og visioner. Derfor er det vigtigt, at SydKIP organiseres med en direkte tilknytning til højt ledelsesmæssigt strategisk niveau.

Derfor etableres der en styregruppe for SydKIP med et regionalt direktionsmedlem som formand. I styregruppen vil også sygehuse og kommuner være repræsenteret på højt ledelsesmæssigt niveau, ligesom der vil være deltagelse af de involverede praksisområder. Dette for at sikre et løbende fokus på kvalitetsudvikling på tværs, der understøtter det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Endvidere sikres det, at SydKIP's daglige ledelse indgår i relevante regionale kvalitets- og udviklingsfora.

Udkast

Princip: Tæt og konstruktivt samarbejde med samarbejdsudvalg for de deltagende praksisområder

De seks praksisområder skal kunne se sig selv, egen overenskomst og egen kvalitetsudvikling i SydKIP. Derfor er det vigtigt med et formaliseret samarbejde mellem SydKIP's styregruppe og de seks samarbejdsudvalg (SU) og på almen praksis også kvalitets- og efteruddannelsesudvalget (KEU).

Det gøres ved, at:

- Alle samarbejdsudvalg kan anmode om at få punkter behandlet i SydKIP's styregruppe
- Praksisområderne er repræsenteret i SydKIP's styregruppe
- Alle samarbejdsudvalg høres og spørges om SydKIP's budgetter og handleplaner

Princip: SydKIP skal være fleksibel for efterspørgsel

Den daglige drift af SydKIP organiseres således, at indsats, ressourcer og økonomi løbende og rimelig hurtigt kan justeres ind i forhold til aktuel efterspørgsel. Det sikres gennem en matrix-organisering af driften, hvor konsulenter kan købes ind i forhold til kompetencer og opgaver.

Princip: leverandør af bestilte ydelser

SydKIP skal – med baggrund i en vis grundfinansiering – være leverandør af bestilte ydelser i det omfang, der er finansieringsmæssig mulighed for at levere ydelsen.
Det betyder eksempelvis, at SydKIP på baggrund af regional finansiering skal levere lægemiddel-, data- samordningsydelser til klynger, klinikker, sygehuse og kommuner via lægemiddel-, data- og praksis-konsulenter. Endvidere at SydKIP på baggrund af grundfinansieringen kan levere en grundstøtte til klinikker og klynger.

Det betyder også, st SydKIP skal kunne levere

- Kompetenceudvikling til almen praksis, såfremt KEU beslutter at udlicitere denne opgave
- Administration af puljer, såfremt KEU beslutter at udlicitere denne opgave
- Og tilsvarende for øvrige praksisområder.

Endelig åbner dette princip op for, at klynger og klinikker direkte kan købe ydelser fra SydKIP. Eksempelvis i form af en "klippekort-ordning", som det er indført for klynger i Region Nord.

Princip: Regionale udgifter må ikke overstige de samlede regionale udgifter i 2019.

Det har været en forudsætning for organiseringen af SydKIP, at det er udgiftsneutralt for Region Sydanmark. Derfor er SydKIP opbygget af allerede eksisterende indsatser indenfor allerede eksisterende bevillinger.

Det drejer sig om

- konsulentfunktioner, tidligere placeret under KEU.
- den regionale del af praksiskonsulentordningen for almen praksis.
- datakonsulentfunktion og ydelser fra lægemiddelteam
- indsats fra praksiskonsulenter på de mindre praksisområder
- indsatsen omkring tidlig opsporing af kræft i almen praksis (jo før jo bedre)
- regionalt ansat og finansieret personale i tidligere funktioner

Lidt mere detaljeret beskrivelse af indsatserne findes i bilag 1 og økonomi findes i bilag 3.

Ved at samle disse indsatser forventes såvel administrativ styrkelse ved at samle funktioner samt synergi-effekt gennem koordination og samarbejde.

Udkast

Princip: Øremærkede midler må ikke bruges på andre praksisområder
Hvis KEU eller et samarbejdsudvalg på et praksisområde beslutter at købe en ydelse i SydKIP så skal SydKIP sikre, at den købte ydelse leveres på de givne og aftalte betingelser. Herunder sikre, at det enkelte praksisområdes midler alene anvendes på ydere indenfor dette praksisområde. Det kan eksempelvis for almen praksis gælde for efteruddannelses- og SydPOL-tilbud.

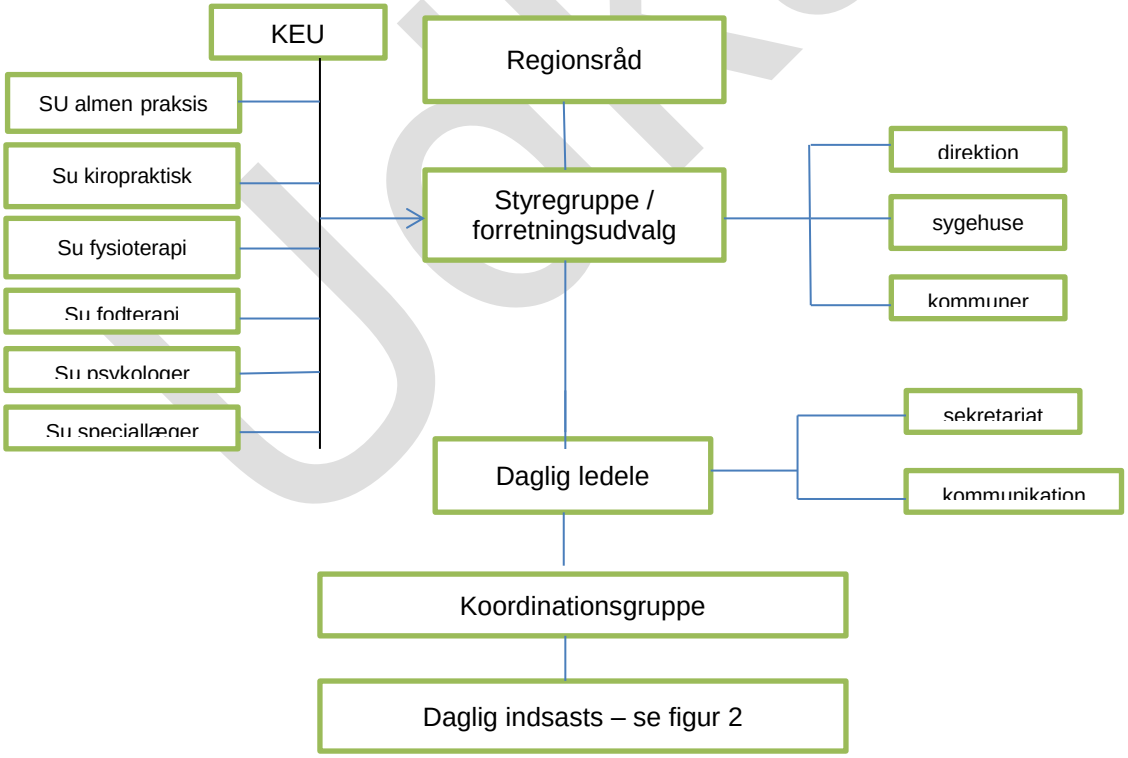
3. Skematisk overblik over SydKIP

Med udgangspunkt i mål og principper opstillet i kapitel 2 gives i dette kapitel gennem to figurer et overblik over ledelsesstrukturen (figur 1) og daglig indsats (figur 2) i SydKIP.

Der er i figur 1 to centrale omdrejningspunkter.
Det ene omdrejningspunkt er SydKIP's styregruppe, hvor strategi og den overordnede retning godkendes.
Det andet omdrejningspunkt er koordinationsgruppen, der skal sikre daglig drift og tilpasning.

I dagligdagen udgøres aksen mellem de to omdrejningspunkter af den daglige ledelse under relevant inddragelse af forretningsudvalget.

Figur 1:



Udkast

Styregruppens sammensætning

SydKIP skal opbygges i respekt for indholdet i seks forskellige overenskomster samt med afsæt i visionen om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig skal styregruppen medvirke til, at SydKIP lever op til og er en integreret del af regionale strategier og planer.

Derfor sammensættes styregruppen med repræsentation fra ydere, sygehuse, kommuner og region.

Styregruppen vil have 9 medlemmer:

- Et medlem udpeget af og blandt regionens direktion (formand)
- Tre medlemmer udpeget af PLO (heraf en næstformand)
- To medlemmer udpeget af direktionen på baggrund af indstilling fra de fem øvrige ydergrupper
- Et medlem udpeget af og blandt de lægefaglige sygehusdirektører
- Et medlem udpeget af kommuneforeningen i Region Syddanmark
- To medlemmer udpeget af direktionen blandt afdelingschefer i regionshuset

Styregruppen sekretariatsbetjenes af SydKIP's daglige ledelse.

Formanden for styregruppen afrapporterer årligt til koncernledelsesforum og direktionen samt til andre relevante fora som Det Administrative Kontaktforum (DAK), samarbejdsudvalg og KEU. Afrapporteringen fortæller om seneste års indsats samt handlingsplan for det kommende år.

Der skal udarbejdes forretningsorden for styregruppen, der forventes at mødes fire gange årligt. Forretningsordenen skal som minimum beskrive beslutningskompetence samt procedurer for styregruppens samspil med relevante samarbejdsudvalg og KEU.

Organisationsudpegede styregruppemedlemmer honoreres i henhold til aftale mellem de pågældendes organisation og Region Syddanmark.

Forretningsudvalg

Der nedsættes et forretningsudvalg bestående af styregruppens formandskab. Forretningsudvalget kan efter behov inddrages af SydKIP's daglige ledelse.
Der skal udarbejdes forretningsorden for forretningsudvalget.

Daglig ledelse

Den daglige ledelse varetages af administrativ leder på fuld tid og lægefaglig leder på halv tid. Den daglige ledelse refererer til regionens direktion.
Den daglige ledelse har ansvaret for:

- Sekretariatsbetjening af styregruppe og KEU
- Løbende koordinering i forhold til direktion og det politiske niveau i Region Syddanmark
- Koordinering af den daglige drift
- Sekretariat og kommunikation

Derudover sikres koordinering med den øvrige regionale kvalitetsudvikling og infrastruktur ved, at den daglige administrative leder er fast medlem af relevante regionale fora indenfor kvalitetsudvikling. Eksempelvis det regionale kvalitetsudvalg med henblik på at sikre samordning og understøttelse af kvalitetsudvikling i det samlede sundhedsvæsen.

Udkast

Organisering af den daglige indsats

Indsatsen organiseres i en matrix-struktur hvor der etableres fem temagrupper, der hver har en ansvarlig tema-koordinator. Tema-koordinatorer er typisk fuldtidsansatte, der varetager koordinatorrollen som en mindre del af sit daglige arbejde. Se figur 2 for illustration af matrix.

Derudover tilknyttes et sundhedsfagligt konsulentkorps, udvalgt i kraft af kompetencer og interesser. Konsulenter er som udgangspunkt selv praktiserende indenfor sit fagfelt.
Konsulenter honoreres som udgangspunkt for leverede timer, med mindre andet er specifikt aftalt.

Den daglige drift er yderligere beskrevet i bilag 2.

Figur 2: Matrix over temagrupper og teams

Tema / Kompetence	Temagruppe 1 Den enkelte klinik	Temagruppe 2 klynger	Temagruppe 3 tværsektorielt	Temagruppe 4 Særlige indsatser	Temagruppe 5 Kvalitet på tværs
Data					
Efteruddannelse					
Organisation/ledelse					
Lægemidler					
Akkreditering					
Etc					
Etc					

Fysisk placering af SydKIP

SydKIP får brug for en del kontorplads samt mødefaciliteter. Derudover bør samarbejdsrelationer overvejes ved valg af fysisk placering.

I Nordjylland har man gode erfaringer med, at NordKAP er placeret i tæt forbindelse med den almen medicinske forskningsenhed.

I KEU har man gode erfaringer med kontorpladser på Kokholm i Kolding i tæt tilknytning til Lægeforeningen, tæt på motorvej, centralt i regionen og med gode mødefaciliteter.

Ved fysisk placering skal det sikres, at den fysiske placering er med til at understøtte, at SydKIP er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen.

En løsning kan være, at SydKIP får adresse i regionshuset med kontorfaciliteter i tæt tilknytning til praksisafdelingen og afdelingen for kvalitet og forskning kombineret med, at nuværende lejemål på Kokholm i Kolding samt ved forskningsenheden for almen medicin i Odense bevares.
Denne løsning vil tilgodese tilknytning til såvel region som lægeforening og forskningsenhed, samtidig med, at adgang til regionalt set centralt placerede mødefaciliteter bevares.

Udkast

4. SydKIP og økonomi

Der er umiddelbart fire mulige finansieringskilder til SydKIP:

- Overenskomstafsatte midler i de seks overenskomster
- Regionalt afsatte midler til indsatsen
- Midler fra eksterne kilder
- Indtægtsdækket virksomhed

Overenskomstafsatte midler skal aftales mellem parterne. Derfor skal de fem samarbejdsudvalg samt for almen praksis' vedkommende KEU løbende tage stilling til deres andel af finansieringen af SydKIP.

Regionalt afsatte midler vil være samling af allerede afsatte midler til eksempelvis KEU-sekretariat, den regionale del af praksiskonsulentordningen (PKO), lægemiddel-, rekrutterings- og datakonsulentindsats samt "jo før jo bedre". Disse midler udgør tilsammen 15,57 mio. kr. i 2019-niveau, og er specificeret i figur 3 herunder.

Midler fra eksterne kilder er aktuelt midler tilført fra Fonden for Almen Praksis (til og med 2020), men kan også være midler, der knytter sig til specifikke opgaver.

Indtægtsdækket virksomhed kan f.eks. være, at klynger af praktiserende læger køber konsulentbistand i SydKIP.

SydKIP opbygges, så indsats og udbud løbende kan dimensioneres i forhold til efterspørgsel.

Overslag over økonomien for 2020 og 2021 findes i bilag 3.

Figur 3: Midler til rådighed for SydKIP

Årlige regionale udgifter, der kan overføres til SydKIP	
Sekretariatsleder, KEU	730.000 kr
Sekretariatsleder, PKO	670.000 kr
Honorar praksiskoordinatorer, almen praksis	670.000 kr
Drift praksiskonsulentordningen almen praksis	330.000 kr
Medarbejder, sundhed.dk	400.000 kr
Datakonsulenter	800.000 kr
Assistent	220.000 kr
Jo før jo bedre, administration og koordinator	1.000.000 kr
Jo før jo bedre, sygehusindsats	4.000.000 kr
Jo før jo bedre, forskning	1.200.000 kr
Jo før jo bedre, indsats målrettet almen praksis	4.550.000 kr
Midler fra puljen til kvalitetsudvikling på andre praksisområder	1.000.000 kr
Samlet mulig regional finansiering	**15.570.000 kr**

Udkast

Bilag 1. Beskrivelse af eksisterende funktioner i 2019.

Almen praksis

Kvalitet og efteruddannelse
Kvalitets- og efteruddannelsesindsatsen i forhold til almen praksis har fra regionsdannelsen i 2007 og frem til og med 2019 været organiseret under det såkaldte KEU (Kvalitets- og Efteruddannelses-Udvalget).

KEU er indskrevet i overenskomsten for almen praksis og tilføres årligt godt 10 mio. kr., der historisk er anvendt på drift af forskellige teams af lægefaglige konsulenter, der tilbyder almen praksis bistand omkring kvalitetsudvikling, efteruddannelse, organisationsudvikling og ledelse samt databistand.

Herudover har KEU haft puljer, hvor man har kunnet søge midler til kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Bortset fra en regionalt ansat sekretariatsleder er alle udgifter – herunder sekretariatsbistand - afholdt indenfor den årlige ramme på godt 10 mio. kr.

Med overenskomsten 2018-21 mellem RLTN og PLO er det besluttet, at ca. halvdelen af KEU's årlige budget skal udbetales direkte til kvalitetsklynger ligesom det af overenskomsten fremgår, at der skal være en regional kvalitetsenhed, der understøtter kvalitetsarbejdet.

Når midler til klynger er udbetalt, vil KEU årligt kunne disponere over 5-6 mio. kr., hvoraf 1,7 mio. kr. er reserveret til efteruddannelse.

Dette udfordrer stærkt den eksisterende organisering, da der fra 2019 ikke vil være midler til på tilfredsstillende vis at drive en kvalitetsenhed, med mindre der sker enten en tilførsel af ressourcer eller en organisatorisk tilpasning, der på anden vis kan frigøre ressourcer.

Fra og med 2020 kan KEU nærmest betragtes som en fond, der bestyrer de overenskomstfastsatte midler på 10-11 mio. kr. årligt i henhold til overenskomsten. Det betyder, at KEU i forbindelse med udmøntning af midlerne kan vælge at købe ydelser af SydKIP for ca. 5 mio. kr. årligt. Formelt vil KEU fortsat være sammensat og fungere som beskrevet i overenskomsten for almen praksis. Reelt vil det daglige driftsansvar være løftet ud af KEU og lagt i SydKIP, således at KEU kan disponere over de afsatte midler til klynger, efteruddannelse og kvalitetsudvikling som beskrevet i overenskomsten.

I praksis betyder det, at KEU kan beslutte at købe definerede ydelser i SydKIP, der til gengæld er forpligtet til at levere ydelsen som ønsket af KEU.

KEU sekretariatsbetjenes af SydKIP.

Praksiskonsulentordningen
Den eksisterende praksiskonsulentordning i Region Syddanmark er opbygget således, at hver sygehusenhed har et antal praksiskonsulenter finansieret af sygehuset. Af disse fungerer en som praksiskoordinator finansieret af Region Syddanmark. På tilsvarende vis har hver kommune ansat en praksiskonsulent og en af disse 22 kommunale praksiskonsulenter fungerer som regionalt finansieret kommunal praksiskoordinator.

Udkast

Det overordnede formål med praksiskonsulentordningen er at være et fælles redskab i arbejdet med udvikling, implementering, monitorering og evaluering af tværsektorielle patientforløb.

Økonomisk råder den regionale del af praksiskonsulentordningen over en sekretariatsleder på fuld tid samt 1 mio. kr. til honorering af praksiskoordinatorer og drift.

Den regionale del af praksiskonsulentordningen integreres fuldt og helt i SydKIP, og det forpligtende, koordinerende element i ordningen skal styrkes.

Andre indsatser i forhold til almen praksis

Lægemiddelteam

Under praksisafdelingen findes et lægemiddelteam bemandet med 2 farmaceuter på fuld tid samt en lægelig konsulent med 15 timer/uge.
En væsentlig opgave for teamet er at yde konsulentbistand til klinikker og klynger. Team'et har dog også opgaver i forhold til sygehuse. Eksempelvis som sekretariat for det regionale lægemiddelråd. Sådanne opgaver skal fortsat varetages indenfor team'ets samlede budget på 2 mio. kr. årligt. Lægemiddelteamet vil fortsat organisatorisk og økonomisk være placeret under og referere til praksisafdelingen, men vil opgavemæssigt i meget høj grad bidrage ind i SydKIP.

Datakonsulenter

Under praksisafdelingen er i samfinansiering med KEU ansat tre praksiskonsulent, der yder konsulentbistand til klinikker og klynger.
Den årlige regionale finansiering af denne ordning udgør 0,8 mio. kr., hvilket svarer til 1½ datakonsulent.

Datakonsulentordningen integreres i SydKIP.

Andre praksisområder

Økonomi øvrige praksisområder

Der er i dag regionalt afsat 1,6 mio. kr. til honorering af praksiskonsulenter samt herudover 1 mio. kr. til drift af indsatsen på øvrige praksisområder. Praksiskonsulenter bidrager ikke kun til kvalitetsarbejdet, men skal også fortsat virke som konsulenter i forhold til praksisplaner og tilsvarende opgaver.

Praksiskonsulenter vil fortsat organisatorisk og økonomisk være placeret under og referere til praksisafdelingen, men vil opgavemæssigt i meget høj grad bidrage ind i SydKIP. Afsatte kvalitetsmidler til drift af indsatsen på øvrige praksisområder tilføres SydKIP.

Fysioterapi

Der er regionalt finansieret to praksiskonsulenter for fysioterapi.

Området er under akkreditering.
Overenskomsten siger, at kvalitets- og moderniseringsarbejdet tager afsæt i følgende projekter:

- Implementering af nationale kliniske retningslinier
- Effektmåling og datadrevet kvalitet
- Modernisering af overenskomstens ydelser.

Der er nedsat et nationalt sekretariat med 4,5 årsværk og en national styregruppe med repræsentanter fra KL, danske regioner og danske fysioterapeuter.

Udkast

Kiropraktik
Der er regionalt finansieret en praksiskonsulent for kiropraktik.

Området er under akkreditering. IKAS varetager rådgivning i forbindelse med akkreditering. Overenskomsten siger, at kiropraktorer skal gennemgå systematisk efteruddannelse udbudt af NIKKB (Nordisk Institut for Kiropraktisk og Klinisk Biomekanik). NIKKB finansieres af fond til fremme af af kiropraktisk forskning og postgraduat uddannelse. Fonden har også til formål at understøtte kvalitetsudvikling og –sikring i kiropraktorpraksis.

Fodterapi
Der er regionalt finansieret en praksiskonsulent for fodterapi.

Området er under akkreditering. Rådgivning om akkreditering kan indhentes ved Danske Fodterapeuter.
Der er ikke aftalt yderligere kvalitetstiltag i overenskomsten.

Praktiserende speciallæger
Der er ingen regionalt finansieret praksiskonsulentordning for speciallægepraksis.
Området er under akkreditering.
Der er overenskomstmæssigt nedsat et moderniseringsudvalg på speciallægeområdet med henblik på at understøtte den faglige udvikling og arbejdet med kvalitetssikring.
Derudover er der nedsat en fond for faglig udvikling af speciallægepraksis. Fondens formål er at yde tilskud til

- Speciallægers efteruddannelse
- Kvalitetsudviklingsprojekter
- Forskningsprojekter efter ansøgning fra praktiserende speciallæger, regioner, forskere eller andre
- Andre projekter indenfor fondens formål.

Derudover finansierer fonden den nationale ”Enheden for Kvalitet I Speciallægepraksis” (e-kvis). E-kvis varetager udvikling, implementering og opfølgning i forbindelse med arbejdet med kvalitet i speciallægepraksis, hvilket omfatter:

- Akkreditering
- Diagnosekodning
- Patientrapporteret kvalitet
- Datadrevet kvalitet
- Faglige indikatorer til brug for kvalitetsmonitorering
- Implementering og anvendelse af kliniske retningslinier

Praktiserende psykologer
Der pågår regionalt overvejelser om tilknytning af en praksiskonsulent for psykologer.

Området er under akkreditering.
Overenskomsten siger, at psykologer skal holde sig opdaterede på nationale faglige og kliniske retningslinier og at de er forpligtede til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Psykologen er endvidere pligtig til at indberette til kvalitetsdatabasen vedrørende tilskudsordning til psykologbehandling.

Udkast

Der er etableret en kvalitets- og efteruddannelsesfond for psykologhjælp.

Rygkonsulent
Rygkonsulent er ansat med henblik på implementering af rygforløb i primærsektoren.

Projekter og anden indsats

Tidlig opsporing af kræft.
I forbindelse med kræftplan 3 har Regionsrådet i Region Syddanmark fra og med 2017 som varige midler fået tilført 10,75 mio. kr. årligt til en indsats omkring tidlig opsporing af kræft i almen praksis. Regionsrådet er via praksisplanudvalget samt den regionale kræftstyregruppe ansvarlig for udmøntning af midlerne. Midlerne er p.t. øremærket til

- kompetenceudvikling i almen praksis med 4,55 mio. kr.,
- udvikling af sygehusbaserede støttetilbud til almen praksis med 4 mio. kr.,
- forskning i tidlig opsporing med 1,2 mio. kr.
- drift og koordinering med 1 mio. kr.

Erfaringerne efter to års indsats er, at det tager tid at opbygge en stærk indsats, og at den nødvendigvis skal være integreret med øvrig kompetence- og kvalitetsudviklingsindsats.

Omkring kompetenceudvikling (den første pind i ovenstående) er der på nuværende tidspunkt udviklet og iværksat følgende:

- kurser for personalet i tidlig opsporing
- SGE-inspireret tilbud til læger i mindre grupper
- APO-projekt med audit og undervisnings for foreløbig 80 læger

Nye tilbud er under udvikling, men de forventede udgifter til disse vil fortsat efterlade en stor del af de 4,55 kr. årligt uforbrugte. Ikke mindst fordi der er en grænse for, hvor mange nye aktiviteter, der er plads til at integrere i en travl hverdag i almen praksis. Derfor arbejdes der løbende på at udvikle nye metoder for kompetenceudvikling. Dette arbejde sker i tæt samarbejde med såvel praksiskoordinatorer og pko-ordningen, efteruddannelsesvejledere, kvalitetskonsulenter samt ledelsen af KEU-sekretariatet, og alle instanser har draget nytte af et godt samarbejde. Samtidig sker der en fælles metodeudvikling, så en samling af indsatsen muliggør en ganske anderledes strategisk satsning på aktiviteter målrettet tidlig opsporing af alvorlig sygdom. Af samme grund foreslås det, at denne del af jo før jo bedre indsatsen i SydKIP indarbejdes i den generelle faglige udvikling omkring praksissektoren og tidlig opsporing. Samlet set oprustes der på denne måde til generelt at udvikle på metoder til kompetenceudvikling i almen praksis, da tendensen er, at mønsteret for kompetenceudvikling i praksis ændrer sig som følge af systematisk efteruddannelse, klyngedannelse, udlægning af opgaver og travlhed i hverdagen.

Omkring udvikling af sygehusbaserede tilbud er man ved at lægge sidste hånd på et landkort over de regionale udredningstilbud, der nu skal medvirke til at skabe en af almen praksis efterlyst harmonisering af de regionale tilbud med hurtigere kommunikationsveje og lettere adgang til udredning. Budgettet på dette område foreslås integreret i SydKIP uændret.

Udkast

Forskningspuljen på 1,2 mio. kr. årligt bibeholdes, og drift og koordinering på 1 mio. kr. årligt lægges i SydKIP til honorering af koordinator samt sekretariatsbistand til jo før jo bedre.

Det er således oplagt at tænke jo før jo bedre-indsatsen ind i en SydKIP-organisering, da der ligger ikke ubetydelige muligheder for generel udvikling af metoder og kvalitetsudvikling i denne indsats, der kan styrke tidlig opsporing af kræft i almen praksis, hvor de metoder, der udvikles, kan anvendes af de praktiserende læger til tidlig opsporing og diagnostisering af andre sygdomme end kræft. Denne indsats vil fortsat skulle referere til den regionale kræft- og hjertestyregruppe via indsatsens hovedsponsorgruppe.

Sammenfattende er oplægget, at det samlede beløb på 10,75 mio. kr. årligt tilføres SydKIP, der med reference til den regionale kræftstyregruppe er ansvarlig for at føre styregruppens beslutninger ud i livet. Der ændres ikke på fordelingen af midlerne som nævnt i de fire punkter i starten af dette afsnit.

Andre projekter
Med etablering af SydKIP skabes en organisation, der på sigt kan rumme andre indsatser og projekter, der er målrettet primærsektoren. Det kunne være kommende indsatser i stil med Jo før jo bedre. Det kunne være uddannelsesopgaver i forlængelse af ”en læge tæt på dig”. Det kunne også være projekter opstået i og finansieret af andre praksisområder.

Udkast

Bilag 2: Organisering af den daglige indsats

Indsatsen organiseres i en matrix-struktur hvor der etableres fem temagrupper, der hver har en ansvarlig tema-koordinator. Tema-koordinatorer er typisk fuldtidsansatte, der varetager koordinatorrollen som en mindre del af sit daglige arbejde. Se figur 2 for illustration af matrix.

Derudover tilknyttes et sundhedsfagligt konsulentkorps, udvalgt i kraft af kompetencer og interesser. Konsulenter er som udgangspunkt selv praktiserende indenfor sit fagfelt.
Konsulenter honoreres som udgangspunkt for leverede timer, med mindre andet er specifikt aftalt.

Figur 2: Matrix over temagrupper og teams

Tema / Kompetence	Temagruppe 1 Den enkelte klinik	Temagruppe 2 klynger	Temagruppe 3 tværsektorielt	Temagruppe 4 Særlige indsatser	Temagruppe 5 Kvalitet på tværs
Data					
Efteruddannelse					
Organisation/ledelse					
Lægemidler					
Akkreditering					
Etc					
Etc					

Nogle konsulenter kan være tilknyttet teams med fast definerede opgaver og med aftalt årligt budget til at løse opgaverne. Eksempelvis efteruddannelsesvejledere og SydPOL (Praksis, Organisation og Ledelse), men alle teams og alle konsulenter vil kunne få opgaver, der går på tværs af temagrupper og praksisområder med mindre det overenskomst- eller aftalemæssigt er bestemt, at konsulentydelserne er målrettet et specifikt praksisområde. En SydPOL-konsulent vil således ikke kunne pålægges opgaver i forhold til klinikker på andre fagområder, med mindre det specifikt er aftalt og honoreret særskilt.

De fem temagrupper
Ansvarsområdet for de fem temagrupper er:

1. Den enkelte klinik
2. Klynger
3. Tværsektorielt samarbejde
4. Særlige indsatser
5. Kvalitet på tværs

Temagruppe 1 er ansvarlig for indsats, der er målrettet den enkelte klinik, uanset om det er lægepraksis, fysioterapi-klinik eller noget tredje.
Teams, der typisk leverer ind i denne temagruppen, kan være SydPOL, men det kan også være eksempelvis data- og lægemiddelkonsulenter på praksisbesøg.
Temagruppe-koordinator kunne være den daglige leder af SydPOL.

Temagruppe 2 er ansvarlig for indsats, der er målrettet klynger. Det vil i første omgang være klynger af praktiserende læger.
Teams, der typisk leverer ind i denne temagruppe, kan være data- og lægemiddelkonsulenter, men det kan også være organisationskonsulenter og andre.
Temagruppe-koordinator kunne være den nuværende funktion som leder af klyngeteam.

Temagruppe 3 er ansvarlig for alle de funktioner, der i dag ligger i de forskellige praksisområders praksiskonsulentordning.

Udkast

Teams, der typisk leverer ind i denne temagruppe, er praksiskoordinatorer, men det kan også være efteruddannelsesvejledere i forhold til koordinering af kompetenceudvikling etc.
Temagruppe-koordinator kunne være den nuværende sekretariatsleder af PKO-ordningen.

Temagruppe 4 er ansvarlig for særlige indsatser og projekter. Eksempelvis ”jo før jo bedre”-indsatsen.
Temagruppe-koordinator kunne være den daglige koordinator af ”jo før jo bedre”-indsatsen.

Temagruppe 5 er ansvarlig for akkrediteringsindsatsen på praksisområder, der er i gang hermed samt øvrig kvalitetsindsats, herunder administration af puljer, understøtte kvalitetsarbejdet i de lægeklinikker, der ikke er i klynge etc.
Teams, der typisk leverer i denne temagruppe, kunne være kvalitetskonsulenter, der vurderer puljeansøgninger.
Temagruppe-koordinator kunne være en farmaceut fra lægemiddelteam.

Koordinationsgruppe
Den løbende koordinering på tværs foregår i koordinations-gruppen, der mødes ofte og med faste intervaller. Det kan være et møde hver 14. dag. Det kan være i form af to eller flere ugentlige tavlemøder. Eller det kan være en kombination af disse. Se senere i dette afsnit.

Faste deltagere på disse møder er den daglige ledelse samt den ansvarlige koordinator for hver temagruppe. Derudover kan relevante konsulenter inviteres med ad hoc.

Koordinationsgruppen har overordnet tre opgaver:

- Koordinering af den daglige drift – herunder medvirke til økonomistyring
- Sikre at nytilkomne opgaver integreres i indsatsen
- Bidrage til strategioplæg m.m. til bestyrelsen

Eksempler på koordinering af den daglige drift kan være,

- at PKO-ordningen på et sygehus ønsker at gennemføre et specifikt uddannelsesforløb, hvor inddragelse af efteruddannelsesvejledere kunne være oplagt
- at PKO på fys/kiropraktor-området ønsker et samarbejde med almen praksis

Eksempler på nytilkomne opgaver kan være,

- at der kommer nye kliniske retningslinier eller forløbsplaner, der skal implementeres. Hvordan gøres dette bedst og af hvem?
- Høringer fra ministerier og styrelser m.fl., der kræver faglig vurdering
- Særlige udfordringer med samarbejde eller rekruttering i et geografisk område
- En klynge, der ønsker helt specifikke data, som ikke umiddelbart lader sig fremskaffe
- Politiske fokusområder og aktuelle enkeltsager , nationalt, regionalt eller lokalt

Udkast

Bilag 3 Økonomisk oversigt for SydKIP, 2020 og 2021.

I figur 1 herunder gives et overblik over midler til rådighed for SydKIP i 2020 samt fra 2021 og frem

I figur 2 opstilles et scenarie for årlige udgifter. Et scenarie, der kan og skal kvalificeres og tilpasses, når endelig model er vedtaget. Her er figuren medbragt for at sandsynliggøre, at SydKIP kan drives for de beskrevne eksisterende midler.

Figur 1: Midler til rådighed for SydKIP

Årlige regionale udgifter, der kan overføres til SydKIP	
Sekretariatsleder, KEU	730.000 kr
Sekretariatsleder, PKO	670.000 kr
Honorar praksiskoordinatorer, almen praksis	670.000 kr
Drift praksiskonsulentordningen almen praksis	330.000 kr
Medarbejder, sundhed.dk	400.000 kr
Datakonsulenter	800.000 kr
Assistent	220.000 kr
Jo før jo bedre, administration og koordinator	1.000.000 kr
Jo før jo bedre, sygehusindsats	4.000.000 kr
Jo før jo bedre, forskning	1.200.000 kr
Jo før jo bedre, indsats målrettet almen praksis	4.550.000 kr
Midler fra puljen til kvalitetsudvikling på andre praksisområder	1.000.000 kr
Samlet mulig regional finansiering	**15.570.000 kr**
Finansiering fra Fonden for Almen Praksis i 2020	
Tilskud til praksisdag syd	564.000 kr
Tilskud til udsatte læger	564.000 kr
Tilskud til klyngeunderstøttelse	2.028.000 kr
I alt fra Fonden i 2020	**3.156.000 kr**
Finansiering fra Fonden for Almen Praksis i 2021	
Tilskud til praksisdag syd	564.000 kr
Tilskud til udsatte læger	564.000 kr
I alt fra Fonden i 2020	**1.128.000 kr**
Samlet sikre råderum i 2020	**18.726.000 kr**
Samlet sikre råderum i 2021	**16.698.000 kr**
Samlet sikre råderum i 2022 og frem	**15.570.000 kr**
Mulige midler fra KEU fra og med 2020	
Efteruddannelse	1.700.000 kr
Andre midler	3.700.000 kr
Mulige midler fra andre fagområder og indtægtsdækket virksomhed	**????**

Udkast

Figur 2: Årlige faste udgifter

Faste udgifter	
Daglig ledelse, lønninger	1.500.000 kr
Sekretariat lønninger, inklusiv kommunikation	2.000.000 kr
Sekretariatsleder, pko	670.000 kr
Praksiskoordinatorer almen praksis, honorar	670.000 kr
Drift PKO	330.000 kr
Datakonsulenter	800.000 kr
Jo før jo bedre, løn koordinator	700.000 kr
Jo før jo bedre, sygehusindsats	4.000.000 kr
Jo før jo bedre, forskning	1.200.000 kr
Kursusudgifter, jo før jo bedre[1]	1.000.000 kr
Leder af klyngeteam	600.000 kr
Leder af SydPOL	700.000 kr
Husleje, drift, mødeaktiviteter, pr, kørsel, konferencer etc.	1.500.000 kr
Samlede faste udgifter	**15.670.000 kr**
Variable udgifter afhængig af KEU- finansiering eller anden finansiering	
Tilskud til praksisdag syd (Er finansieret af fonden i 2020 og 2021)	564.000 kr
SydPOL (halvdelen finansieret af fonden i 2020 og 2021)	1.100.000 kr
Efteruddannelse (overenskomstafsatte midler)	1.700.000 kr
Data- og dit-eteam-konsulenter (beløbet svarer til budget 2018)	1.500.000 kr
Puljer / kvalitetskonsulenter (beløbet anslået udfra budget 2018)	2.500.000 kr
Anden indtægtsdækket virksomhed	

Opgaver, der varetages indenfor grundfinansieringen:
Grundfinansieringen dækker følgende (årsværk angivet i parentes er anslået og mange opgaver er overlappende.):

- Daglig ledelse og sekretariat, herunder administrative omkostninger (ca. 1½ + tre årsværk)
- Fastansatte koordinatorer på følgende indsatser:
    - Klyngeunderstøttelse (ca. et årsværk)
    - Organisation og ledelse (ca. et årsværk)
    - Tværgående samarbejde (ca. et årsværk)
    - Andre indsatser (ca. et årsværk)
    - Kvalitet på tværs (ca. ½ årsværk – finansieret af praksisafdelingen)
- Datakonsulentbistand til klynger og klinikker (ca. 1½ årsværk)
- Lægemiddelbistand til klynger og klinikker (ca. et årsværk – finansieret af praksisafdelingen)
- Mødeaktiviteter (indeholdt i sekretariat)
- Indsatser under tidlig opsporing af kræft (jo før jo bedre) (indeholdt i sekretariat
- Honorering af praksiskoordinatorer i almen praksis (ca. ½ årsværk)
- Udvikling af og integreret samarbejde omkring ”jo før jo bedre”-indsatsen (indeholdt i sekretariat)
- Sekretariatsbetjening af KEU og styregruppe (indeholdt i sekretariat)

Elementer, der i dag er finansieret over KEU, og som ikke er indeholdt i grundfinansieringen:
(I parentes nævnes omkostninger i 2018 til funktionerne)

[1] 3.550.000 kr. er indarbejdet i andre poster til dækning af kommunikation, drift, mødeaktiviteter, konferencer etc.

Udkast

- Praksisdag syd (0,5 mio. kr.)
- Lægefaglige konsulenter under SydPOL (1,1 mio. kr. – konsulenter honoreret efter ydelser)
- Efteruddannelsesvejledere og efteruddannelsesindsats (1,7 mio. kr.)
- Kvalitetskonsulenter (1,7 mio. kr. for 40 timer pr. uge fordelt på 6 konsulenter)
- Kvalitetspulje (1,8 mio.)
- Pulje til DGE og supervision (1 mio. kr.)
- Pulje til større efteruddannelsesaktiviteter (0,65 mio. kr.)
- konsulenter under DIT-eTeam (budget ca. 0,5 mio. kr.)
- KEU-finansierede datakonsulenter (ca. 0,8 mio. kr. for 1½ datakonsulent)

Kommentarer til ovenstående:

- SydKIP kan drifte organisation og ledelse såfremt det ønskes. En del af finansieringen er på plads med tilførte midler fra Fonden i 2020 og 2021.
- SydKIP kan drifte efteruddannelsens indsats

At lægge disse to elementer ind under SydKIP vil styrke synergi-effekten i den samlede indsats.

- Kvalitetskonsulenter skal ses i sammenhæng med kvalitetspulje og ”ideer gror i praksis”. Såfremt KEU ønsker at lade SydKIP administrere kvalitetspulje vil det kræve midler til anslået 2 lægefaglige kvalitetskonsulenter á forventet 4 timer pr. uge = ca. 0,2 mio. kr. pr. år pr. konsulent. Konsulenternes opgaver vil være at vurdere og give indstillinger til projekter, samt give bistand og rådgivning til ”ideer gror”-projekter.
- Det vurderes, at DGE-puljen kan indeholdes under de 1,7 mio. kr. til efteruddannelse samt at supervisionsdelen vil blive integreret i §2-aftale om længerevarende samtalebehandling, så puljen kan nedlægges.
- Konsulentkorps under DIT-eTeam samt datakonsulenter kan finansieret af fondsmidler opretholdes i 2020 som støtte til klynger. Vurderingen er, at behovet for databistand til klynger vil være på toppen i 2020, hvorefter indsatsen vil blive mindre efterspurgt og kan overgå til indtægtsdækket virksomhed såfremt klynger fra 2021 og frem efterspørger specifikke konsulentydelser indenfor disse felter.

Udkast