

# REFERAT Patientinddragelsesudvalget d. 06-05-2015

**Mødedato** Onsdag d. 06. maj 2015 kl. 13:00

**Mødested** Regionshuset Viborg, mødelokale C3, kælderen, Skottenborg 26, 8800  
Viborg

## **Indholdsfortegnelse**

Sundhedsaftalen 2015-2018: Genoptræning og rehabilitering.....	3
Orientering om arbejdet med 2. del af praksisplanen i Praksisplanudvalget.....	7
Gensidig orientering.....	10

# **Punkt 1: Sundhedsaftalen 2015-2018: Genoptræning og rehabilitering**

1-30-72-228-12

# Sundhedsaftalen 2015-2018: Genoptræning og rehabilitering

## ADMINISTRATIONEN INDSTILLER,

at patientinddragelsesudvalget drøfter, hvordan man set med patientens briller bør prioritere vores indsatser på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet, og

at udvalget drøfter, hvilke særlige opmærksomhedspunkter udvalget ser på området

## Sagsfremstilling

På mødet orienterer Charlotte Jensen fra Nære Sundhedstilbud om centrale sundhedsaftaleindsatser på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Derefter vil der være en drøftelse med udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvordan bør man set med patientens briller prioritere vores indsatser på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet?
- Hvilke særlige opmærksomhedspunkter vil udvalget fremhæve i det videre implementeringsarbejde?

Patientinddragelsesudvalgets drøftelse vil være input til temadrøftelsen om genoptrænings- og rehabiliteringsområdet i Sundhedskoordinationsudvalget den 4. juni 2015.

Området for genoptræning og rehabilitering er udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget som et af de fire indsatsområder i sundhedsaftalens implementering, der skal sættes særligt fokus på i 2015. Af sundhedsaftalen fremgår en række indsatser inden for genoptrænings- og rehabiliteringsområdet, der skal arbejdes med i aftaleperioden. Indsatserne skal bidrage til en opfyldelse af de politiske mål om, at flere borgere er trygge i sektorovergange, og at flere borgere bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet/uddannelse i forbindelse med sygdom.

Omdrejningspunktet er, at borgerne tilbydes et sammenhængende genoptrænings- og rehabiliteringsforløb med en høj og ensartet kvalitet, og hvor det er den enkeltes behov for rehabilitering og genoptræning, der er udgangspunktet.

Det er vurderingen, at dialogen på genoptræningsområdet de senere år er blevet mere konstruktiv og tillidsbaseret, og at hensynet til det gode borgerforløb er kommet mere i centrum for dialogen. Der er dog fortsat forbedringsmuligheder og potentialer.

De centrale punkter i sundhedsaftalen er oplistet herunder:

### **Implementering af 'Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus'**

Den 1. januar 2015 trådte ny bekendtgørelse og vejledning på genoptræningsområdet i kraft. Den nye lovgivning medfører:

#### *Behov for fælles forståelse og anvendelse af ny terminologi.*

Den nye bekendtgørelse og vejledning medfører nye specialiseringsniveauer, der afgør ansvarsfordelingen mellem kommuner og region. Kompetencen til at bestemme specialiseringsniveau er adskilt fra finansieringsansvaret. For at dette skal fungere til gavn for borgeren, kræver det tillid begge veje – tillid fra kommunerne i forhold til den lægefaglige vurdering og tillid fra hospitalerne i forhold til kompetencer i kommunerne.

#### *Fokus på koordinering og sammenhæng.*

Der er behov for koordinering og sammenhæng både mellem sektorer og internt i sektorerne for at sikre, at borgeren får den rette genoptræningsindsats. Genoptræning er ofte kun ét ud af flere elementer i et samlet

rehabiliteringsforløb, hvor også indsatser efter den sociale lovgivning, beskæftigelseslovgivningen og lovgivningen på specialundervisningsområdet kan være relevant. Der er behov for udvikling af et koncept for 'Det gode genoptrænings- og rehabiliteringsforløb'.

### **Opgaveudvikling og forbedringsarbejde**

Den løbende opgaveudvikling på området stiller også løbende nye krav til samarbejdspartnerne, og et grundlæggende princip er gennemsigtighed i de faglige og økonomiske konsekvenser. Kvaliteten for borgeren skal fastholdes og videreudvikles uanset hvilken sektor, der har ansvaret.

### **Rehabilitering i bred forstand – herunder tilknytning til arbejdsmarkedet**

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og kræver en koordineret sammenhængende og vidensbaseret indsats både mellem sektorer og internt imellem afdelinger i de enkelte sektorer. Området er et vigtigt udviklingsområde i aftaleperioden for at omsætte de politiske visioner og mål. I aftaleperioden udvikles og afprøves nye metoder, som i højere grad understøtter integrerede rehabiliteringsforløb - herunder også potentialet i tilknytningen til arbejdsmarkedsområdet.

## **BESLUTNING**

---

Charlotte Jensen, Nære Sundhedstilbud fortalte om de centrale sundhedsaftaleindsatser på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet.

Patientinddragelsesudvalget fandt det positivt, at rehabilitering nu betragtes som den overordnede ramme for kommunernes og regionens indsats i forbindelse med behandling, træning og rehabilitering. Det er vigtigt, at rehabilitering omfatter hele borgerens livssituation.

Endvidere fandt patientinddragelsesudvalget det positivt, at det i den nye bekendtgørelse bliver fremhævet, at psykiatrien også skal udarbejde genoptræningsplaner.

Patientinddragelsesudvalget bemærkede, at der er udfordringer på området for træning af senhjerneskedede. Der er behov for et bedre samarbejde mellem sektorerne, og der er desværre alt for lange ventetider.

Udvalget oplever, at det er et problem på flere genoptræningstilbud, at personalet ikke er uddannet til at håndtere komplicerede patientforløb.

Patientinddragelsesudvalget udtrykte bekymring for, at kommunerne skal overtage flere opgaver på genoptræningsområdet. Generelt oplever udvalget, at kommunerne har udfordringer med at leve op til de standarder, der er på genoptræningsområdet i dag.

Patientinddragelsesudvalget drøftede, hvordan man set med patientens briller bør prioritere vores indsatser på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Udvalget havde følgende bemærkninger:

- Det er vigtigt, at der er fokus på, at rehabilitering gælder hele borgerens livssituation. Det omfatter mange forskellige indsatser som fysisk vedligeholdelse, genoptræning, psykologiske problemstillinger, livsstil og arbejdsrelaterede støtte.
- Det er vigtigt, at der er et tæt samarbejde og klar ansvarsfordeling mellem sektorer. Det gode genoptræningsforløb kræver klar kommunikation og tæt fokus på overgange mellem sektorer.
- Det er vigtigt, at der er en rettidig rehabiliteringsindsats gennem hele genoptræningsforløbet. Herunder at genoptræningsforløbet er tilrettelagt i samarbejde med personale, patienten og pårørende.
- Det er ofte nødvendigt, at der er en bisidder tilstede, når patienten informeres om genoptræningsplanen.
- Der skal være fokus på, at der er behov for en differentieret indsats, som modvirker ulighed i sundhed.

- Et godt genoptræningsforløb er individuelt tilrettelagt med de nødvendige indsatser for patienten på tværs af sektorer.
- Et godt genoptræningsforløb kræver tilgængelighed for alle patienter til de nødvendige faglige miljøer samt gratis transport (indenfor bagatel grænsen).
- Der skal være ligestilling mellem somatiske og psykiatriske patienter.
- Patientinddragelsesudvalget anbefaler større brug af specialiserede udgående teams på genoptræningsområdet.
- Patientinddragelsesudvalget oplever, at det er et problem, at kommune og region ofte kan være modvillige til at henvise til højtspecialiseret genoptræning efter § 79.
- Det er et problem, at flere patienter bliver henvist til genoptræning på steder, hvor der er mangel på de rigtige redskaber og uddannet personale til at vejlede og genoptræne patienterne korrekt.

Patientinddragelsesudvalget havde følgende opmærksomhedspunkter til genoptræningsområdet:

Patientinddragelsesudvalget udtrykte bekymring for, om der i takt med den øgede opgaveflytning fra region til kommune følger tilstrækkelig økonomi og ressourcer med til at løse opgaven forsvarligt.

Udvalget er endvidere bekymret for, hvilken betydning spareplanen kan få for området. Herunder er udvalget særligt bekymrede for betydningen af, at antallet af socialrådgivere på hospitalerne bliver skåret ned.

Birthe Harritz var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 2: Orientering om arbejdet med 2. del af praksisplanen i Praksisplanudvalget**

1-01-72-13-14

## Orientering om arbejdet med 2. del af praksisplanen i Praksisplanudvalget

### ADMINISTRATIONEN INDSTILLER,

---

at orienteringen tages til efterretning.

### Sagsfremstilling

Praksisplanen for almen praksis udarbejdes af Praksisplanudvalget, hvor regionen, kommunerne og PLO-M er repræsenterede. Praksisplanen udgør et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj for den lokale opgavevaretagelse i og fysiske planlægning af almen praksis. 1. del af praksisplanen, som vedrører lægedækning, blev udarbejdet i 2014 og vedtaget af Praksisplanudvalget på deres møde i december 2014.

2. del af praksisplanen skal have hovedfokus på opgavevaretagelsen i almen praksis og skal i den sammenhæng blandt andet bidrage til at sikre implementering af sundhedsaftalen for Region Midtjylland. Vedtagelsen af sundhedsaftalen i kommuner og regionen har derfor betydet, at arbejdet med 2. del af praksisplanen har kunnet påbegyndes.

2. del af praksisplanen vil udover opgavevaretagelse også omhandle tilgængelighed i almen praksis. Den øjeblikkelige forventning til færdiggørelsen af 2. del af praksisplanen - og dermed en samlet praksisplan for almen praksis - er, at denne vil foreligge i efteråret 2015, hvorefter der bliver iværksat en bred høring.

Derudover skal der indhentes kommentarer fra Sundhedsstyrelsen. Tidsplanen for udarbejdelse af praksisplanen er en smule forskudt i forhold til de tidligere forventninger. Der planlægges således efter, at dialogen med Patientinddragelsesudvalget om 2. del af praksisplanen finder sted i sensommeren.

Praksisplanen er en rammeplan og kan ikke stå alene. Når arbejdet med praksisplanen er afsluttet følger derfor en proces, hvor der skal indgås aftaler for de områder, som praksisplanen har peget på en prioritering af. Disse aftaler omtales som "den underliggende aftale", og det aftalekompleks, som det vil udgøre, skal ses som et lokalt supplement til den generelle landsoverenskomst, som dækker hele landet. Der er to aftaler, som skal indgås forud for de øvrige. Det drejer sig om henholdsvis en aftale om sygebesøg og en aftale om samtaleterapi.

Forløb for drøftelse og forhandling af begge aftaler har igennem længere tid været i gang i regi af styregruppen bag Praksisplanudvalget og Praksisplanudvalget. For så vidt angår samtaleterapi er der nedsat en arbejdsgruppe, som på baggrund af en kortere møderække, skal bidrage til at belyse grundlaget for en aftale.

Patientinddragelsesudvalgets formand er repræsenteret i gruppen, som i øvrigt er tværsektorielt og tværfagligt sammensat.

Helle Hygum fra Nære Sundhedstilbud vil på mødet orientere om arbejdet med praksisplanen.

### BESLUTNING

---

Helle Hygum, Nære Sundhedstilbud orienterede om arbejdet med praksisplanen. Herunder om arbejdet med udviklingen af de decentrale aftaler for sygebesøg og samtaleterapi.

Patientinddragelsesudvalget drøftede betydningen af en fastlægeordning på akutpladser, og der var enighed om, at det ikke burde være nødvendigt, at det er egen læge eller fast læge, der tilser patienterne på en akutplads. Det vigtigste er, at der er det nødvendige kompetente personale til stede til at behandle patienterne.

Endvidere var der i patientinddragelsesudvalget enighed om, at praktiserende læge ikke skal bruge unødigt tid på landevejen på kørsel til sygebesøg. Det er vigtigt, at tiden bruges ude i praksis eller på midlertidige eller

akutpladser.

Formand Birgit Hagen orienterede om det seneste møde i den tværsektorielle arbejdsgruppe for samtaleterapi, der er nedsat af Praksisplanudvalget i regionen. Udfordringen for arbejdsgruppen er, at samtaleterapi er forholdsvis uspecificeret i overenskomsten. Det har givet anledning til en interessant drøftelse af, hvornår der er tale om samtaleterapi, og hvornår der er tale om en almindelig lægefaglig samtale med patienten ifølge overenskomsten. Herunder om det er rimeligt, at der kræves et bestemt antal samtaler, før det kan kategoriseres som samtaleterapi.

Patientinddragelsesudvalget drøftede, at det er vigtigt, at der er opmærksomhed på, at pårørende også inddrages i samtaleterapien.

Udvalget drøftede 2 del. af praksisplanen, og der var enighed om, at det vil være hensigtsmæssigt at udarbejde lejeaftaler med yngre læger i sundhedshusene, der er placeret i udkantsområderne. Dette er en attraktiv aftale for denne målgruppe af læger, der ikke ønsker at binde sig for en længere tid.

Patientinddragelsesudvalget drøftede, at det er vigtigt, at der gives bedre vejledning og uddannelse af læger i forbindelse med tvangsindlæggelser af patienter.

Endvidere oplevede patientinddragelsesudvalget, at det er et problem, at der kan være forskel på vagtlægens visitering af somatiske og psykiatriske patienter. Der er desværre psykiatriske patienter, der oplever, at de ikke bliver taget alvorligt, når de ringer til vagtlægen.

Der blev i den forbindelse spurgt til, hvilke oplysninger vagtlægen har adgang til i forbindelse med visitering af patienter. Det blev aftalt, at administrationen udarbejder et svar på.

Birthe Harritz var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 3: Gensidig orientering**

1-01-72-35-14

# Gensidig orientering

## Sagsfremstilling

Gensidig orientering

### **BESLUTNING**

---

Birgit Hagen orienterede om, at hun skal deltage i et seminar om patientinvolvering i forbindelse med et forskningsprojekt på Aarhus Universitetshospital. Formålet er at undersøge, hvilken betydning brugerråd har i dag?

Birthe Harritz var forhindret i at deltage i sagens behandling.