

FORANALYSE

2021

Digital deling af planer på psykiatriområdet

Program for Et Samlet Patientoverblik



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

Version	1.0
Versionsdato	4. februar 2021
Web-adresse	https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/etsamletpatientoverblik
Titel	Digital deling af planer på psykiatriområdet

Indhold

1.	Indledning	4
1.1	Formål.....	5
2.	Resumé	6
3.	Udvælgelse af planer på psykiatriområdet	8
3.1	Indledende møder med parter på psykiatriområdet.....	8
3.2	Overvejelser og begrundelse for udvalg af planer til digital deling på psykiatriområdet	9
3.2.1	Udskrivningsaftaler / koordinationsplaner	10
3.2.2	Koordinerende indsatsplaner.....	12
3.3	Delkonklusion: Udvælgelse af planer	14
4.	Møder med kommuner og kortlægning af it-systemer	15
4.1	Kortlægning af it-systemer på det kommunale socialområde ved MedCom	15
4.1.1	Resultater fra kortlægningen	16
4.2	Møder med kommunale repræsentanter	17
4.2.1	Udskrivningsaftaler / koordinationsplaner	17
4.2.2	Koordinerende Indsatsplan / netværksmøder	18
4.2.3	Relevante modtagere	19
4.3	Delkonklusion: Modtagelse og anvendelse i kommunerne.....	20
5.	Konklusion	22
6.	Anbefalinger.....	23
7.	Henvisninger	24
Bilag 1.	25
Bilag 2.	26
Bilag 3.	30

1. Indledning

Program for Et Samlet Patientoverblik udvikler digitale løsninger til deling af oplysninger mellem patienter, hospitaler, kommuner og praktiserende læger, så koordineringen fremover bliver nemmere og trykligere for både patienter, pårørende og sundhedspersonale.

I dag oplever patienter ofte, at ansvaret for koordineringen mellem hospital, kommunal pleje og praktiserende læge ligger hos dem selv, og det er ikke nemt at navigere i – særligt når sygdom rammer. Behandlingsforløb kan føles uoverskuelige og vigtige oplysninger kan gå tabt ved skift fra en sektor til den anden f.eks. ved udskrivelse eller ved en akut forværring. Dette giver især udfordringer for de mange mennesker, der har en eller flere kroniske sygdomme og mange kontakter til forskellige organisationer, samt patienter med et svagt netværk til støtte. Hvis behandlingsnetværket om og med patienten skal arbejde bedst muligt sammen, er det afgørende, at de relevante oplysninger deles, så der er adgang til dem, når der er brug for dem.

De mange kontakter og behandlingsforløb på tværs af sektorer stiller krav til et bedre samarbejde og en bedre koordinering på tværs. En højere grad og bedre muligheder for involvering af patienter og pårørende er også væsentligt. Dette har program for Et Samlet Patientoverblik taget afsæt i for det somatiske område, hvor udgangspunktet har været behov for bedre digital deling af sundhedsoplysninger på tværs af sektorer.

I Et Samlet Patientoverblik har afsættet for digital deling af planer og indsatser været, at der især ved sektorovergange er situationer, hvor sundhedspersoner ikke har adgang til relevante oplysninger. Det medfører, at der bruges tid på at indhente oplysningerne, eller at behandlingen ikke får den optimale kvalitet. Digital adgang til patientens planer vil kunne bidrage til bedre planlægning og koordinering. Sundhedspersonerne vil kunne tage højde for og arbejde videre med planerne i egen planlægning og dermed øge kvaliteten i behandlingen. Patientens egen adgang til planerne vil give mulighed for at få et bedre overblik over behandlingen og overgange i sundhedsvæsenet. Støtte og hjælp fra pårørende vil ligeledes blive nemmere ved, at pårørende får adgang til planerne og derved har overblikket over, hvad der skal ske og hvor.

De samme udfordringer og dermed forbedringspotentiale gør sig gældende for psykiatriområdet. Mange patienter har kontakt til og indsatser hos flere instanser, hvor der er behov for bedre koordinering og samarbejde. Blandt andet har en analyse fra Statens Institut for Folkesundhed til *Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen* vist, at der er manglende sammenhæng ved udskrivelsessituationer og overgange mellem sektorer på psykiatriområdet.¹ Analysen er baseret på en række interviews og udtræk af borgernes kontakter fra udvalgte registre. Resultaterne viser, at borgene oplever at have mange kontakter og modtager mange forskellige typer af indsatser og ydelser. Dette skaber en stor grad af kompleksitet og kontakt til mange

¹ Folker mv. (2017) Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, s. 8

fagpersoner inden for region, kommune og almen praksis². Behovet for at skabe bedre sammenhæng i de tværsektorielle forløb for personer med psykiske lidelser er stort, og den kommende 10-årsplan for mental sundhed og psykiske lidelser vil bl.a. have fokus på bedre sammenhæng på tværs af sektorer³.

1.1 Formål

Denne foranalyse er bestilt af programstyregruppen for Et Samlet Patientoverblik og er en forlængelse af det øvrige arbejde med planer i programmet. Udgangspunktet for analysen er, at der forventes de samme gevinster for patienter, pårørende og fagpersoner ved digital deling af oplysninger på psykiatriområdet som på det somatiske område.

Formålet med analysen er at afklare, hvilke tværsektorielle planer der er relevante at dele digitalt på psykiatriområdet, samt at se på muligheder og udfordringer ved tværsektoriel deling. Disse afklaringer skal bidrage til det videre arbejde med digital deling af planer på psykiatriområdet med udgangspunkt i de ovenstående målsætninger om bedre sammenhæng i forløb, bedre koordinering og overblik på psykiatriområdet.

² Folker mv. (2017) Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, s. 7

³ Sundheds og Ældreministeriet <https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2020/Juni/Arbejde-med-en-10-aars-plan-for-psykiatrien-skudt-i-gang.aspx>

2. Resumé

Konklusionen på foranalysen er, at der kan opnås de samme gevinster for patienter, pårørende og fagpersoner ved digital deling af oplysninger på psykiatriområdet som på det somatiske område. Samtidig kan fokus på digitale løsninger for samarbejdet på tværs af sektorer være en væsentlig del af svaret på borgernes oplevede udfordringer med manglende sammenhæng på tværs af sektorer.

Foranalysen bygger på en række møder med parterne på psykiatriområdet, samt uddybede møder med repræsentanter fra fem kommuner fordelt over de fem regioner. I foranalysen indgår ligeledes resultater fra kortlægning af it-landsabet på det kommunale socialområde, som Med-Com har bistået med.

Formålet var, at udvælge tværsektorielle planer på psykiatriområdet som er relevante at understøtte bedre digitalt. Der var en bred enighed om udvælgelsen af tre planer; udskrivningsaftaler, koordinationsplaner samt koordinerede indsatsplaner. Der arbejdes allerede med disse planer i praksis i alle regioner, og de to førstnævnte har ophæng i lovgivningen.

Der viste sig dog aktuelle udfordringer ved modtagelse og efterfølgende anvendelse af de udvalgte planer samt stor variation i implementeringsgrad. De tre planer modtages primært via sikker mail i kommunerne, men der er generelt stor forskel på, hvem der modtager planerne i kommunerne, oftest modtages planerne i en fællespostkasse, hvorefter planerne viderefordes til rette modtager. Der er også variation i efterfølgende arbejdsgange – i nogle kommuner er planerne ikke eksisterende i sagsgangene, da der stort set ikke modtages planer. Andre kommuner har etableret et samarbejde omkring planerne, men det er ofte personbåret af de enkelte medarbejdere. Udfordringerne i anvendelsen af de udvalgte planer i praksis drejer sig både om it-mæssige udfordringer ved at afsende og modtage planerne, og om manglende systematisering af samarbejdet mellem region og kommune. Der tegner sig således et meget forskelligartet billede af, hvor implementering af planerne ikke er sket bredt i praksis.

Med udgangspunkt i udfordringsbilledet er der opridset følgende anbefalinger:

- Udarbejdelsen af planerne skal ske ved standardiserede arbejdsgange. Der skal sikres klarhed om, hvad man mødes om, at de rette kompetencer er tilstede, og at de rette opfølgingsaftaler indgås.
- Medarbejderne skal kunne afsende, modtage og tilgå planerne i fagsystemer på en let måde.
- Borgerne og pårørende med fuldmagt skal kunne tilgå planen digitalt.

Digital deling af planer på psykiatriområdet

- Systematisering af hvilke funktioner der skal og må tilgås planerne. Planerne skal kunne tilgås af medarbejdere med en given funktion i de relevante situationer, så planerne ikke går tabt ved ferie eller udskiftning af medarbejdere.
- Planerne skal være så generiske som muligt, og de skal kunne forstås og give mening for borgere og pårørende.
- Oplysningerne skal være så strukturerede som muligt, så medarbejderne hurtigt kan overskue indholdet i en arbejdssituation.

3. Udvælgelse af planer på psykiatriområdet

Afklaringen af behovet for deling af planer tværsektorielt bygger på en række møder afholdt med relevante aktører på psykiatriområdet. Udvælgelsen af planer på psykiatriområdet til det videre arbejde er sket på baggrund af disse møder, hvor udgangspunktet var tværsektorielle planer, som allerede er etableret og anvendes i praksis på psykiatriområdet.

Afsnittet indeholder indledningsvis en beskrivelse af fremgangsmåden for de afholdte møder med parterne, derefter en gennemgang af parternes overvejelser og begrundelse for valg af planer til det videre arbejde. Afslutningsvis er der en beskrivelse af de udvalgte planer samt en delkonklusion.

3.1 Indledende møder med parter på psykiatriområdet

Der blev afholdt indledende videomøder med repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, MedCom samt repræsentanter fra psykiatriområdet i de fem regioner. De regionale mødedeltagere repræsenterede forskellige fokusområder inden for psykiatrien og forskellige faggrupper (bl.a. ledende sygeplejerske, fagkonsulenter, projektledere)

- › Region Sjælland – Koordinerende indsatsplaner
- › Region Midt og Silkeborg Kommune – Psykiatriens Hus
- › Region Nord – PRO psykiatri og Patientens Team
- › Region Hovedstaden – Netværksmøder
- › Region Syd – Tværfagligt samarbejde og SAMBO

Deltagere til møderne er udvalgt efter snowball metoden, dvs. at deltagere til de første møder har peget på relevante deltagere i deres netværk, som har peget på andre relevante osv. Der er således ikke afholdt møder med alle relevante aktører på området, men udvalgte aktører.

Formålet med møderne var at udvælge de relevante tværsektorielle planer, som der er behov for at understøtte bedre digitalt og dele mellem sektorer. Omdrejningspunktet til møderne var deltagernes erfaringer med tværsektorielt arbejde og behov for at dele planer samt hvilke udfordringer, der er ved deling af oplysninger mellem aktører på området. Møderne blev planlagt afsøgende og derfor ikke styret ved en fastsat interviewguide, men følgende temaer blev vendt på alle møderne:

- › Hvilke tværsektorielle planer findes på psykiatriområdet?
- › Er der behov for at dele planerne mellem relevante aktører?
- › Adgang til planerne til patienter og pårørende med samtykke?

Efter hvert møde blev der udarbejdet referat med hovedpointer. Der indgår ikke direkte citater i analysen, men der refereres til hovedpointer fra møderne.

Borgernes og pårørendes perspektiver er væsentlige og centrale ift. udvælgelse og adgang til relevante planer. I foranalysen udestår det at afdække patient og pårørende vinklen. SIND, Bedre Psykiatri og Danske Patienter er kontaktet flere gange, men desværre har det endnu ikke været muligt at få en tilbagemelding. Det er derfor essentielt, at det sikres, at disse perspektiver og input bliver medtaget i det videre arbejde.

3.2 Overvejelser og begrundelse for udvalg af planer til digital deling på psykiatriområdet

I dette afsnit beskrives de overvejelser og drøftelser, som førte til valget af de tre konkrete planer; udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner. Drøftelserne tog udgangspunkt i de ovennævnte tre temaer.

Flere af parterne fremhævede til de indledede møder, at psykiatri- og socialområdet ikke har samme modenhed som det somatiske område, når det omhandler digitalisering. Derfor halter det bagud ift. digital deling af oplysninger på tværs af sektorer. Der er dog udfordrende for de borgere, der har brug for hjælp og behandling på tværs af sektorer, og der er brug for forbedringer.

Drøftelserne om hvilke relevante planer der findes på psykiatriområdet viste hurtigt, at der gennemgående er udfordringer i arbejdet med egentlige planer på området – især tværsektorielt. I psykiatriloven har der dog siden 1998 været en bestemmelse om, at der skal udarbejdes *udskrivningsaftaler* og *koordinationsplaner* for en afgrænset gruppe af patienter. Flere af parterne nævnte udskrivningsaftalerne/koordinationsplanerne som et væsentligt initiativ til at forsøge at afhjælpe problemer opstået ved sektorovergangene, både fordi planerne som udgangspunkt er tværsektorielle, og fordi de er lovpligtige. Derfor blev de to planer udvalgt som væsentlig at understøtte bedre digitalt.

Til de afholdte møder var der ligeledes overordnet konsensus om, at der er behov for at understøtte *koordinerende indsatsplaner* bedre digitalt. Koordinerende indsatsplaner er også som udgangspunkt tværsektorielle, og der arbejdes med planerne i alle regioner, dog med variation i praksis og implementeringsgrad. Planerne er oprindeligt udviklet til borgere, som har psykisk lidelse og samtidig misbrug, men anvendes for en bredere målgruppe i f.eks. Region Sjælland.

Nedenstående er en gennemgang af de udvalgte planer og de udfordringer og gevinster, som parterne lagde vægt på til de afholdte møder, samt perspektiver til det videre arbejde med bedre digital understøttelse af planerne.

3.2.1 Udskrivningsaftaler / koordinationsplaner

Udskrivningsaftaler udarbejdes mellem patienten, den psykiatriske afdeling, de sociale myndigheder i kommunen, praktiserende læger, speciallæger m.fl. Det er den behandlingsansvarlige overlæge, som har ansvaret for, at udskrivningsaftalen udarbejdes. Aftalen indeholder de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten efter udskrivelse. Tilbuddene i udskrivningsaftalen fastlægges ved fælles konference mellem de forskellige myndigheder mv.⁴

Udskrivningsaftaler har ophæng i psykiatrilovens § 13 a⁵ og skal indeholde følgende:

- beskrivelse af patientens aktuelle og forventede behov for behandling og sociale tilbud.
- dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl.
- patientens ønsker – i så stort omfang, det er muligt.
- aftalens tidsafgrænsning – aftalen skal være tidsbegrænset, og tages op til vurdering efter en bestemt angiven periode.
- hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, og hvem der er ansvarlig for opfølgning på de enkelte dele af aftalen

Hvis patienten ikke ønsker at medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen på den psykiatriske afdeling ansvaret for, at der bliver udarbejdet en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og de sociale tilbud til patienten. Koordinationsplanen skal som udskrivningsaftale udarbejdes i samarbejde med de relevante myndigheder, kommunen, praktiserende læge m.fl.

Koordinationsplaner har ophæng i psykiatrilovens § 13 b⁶, og de indholdsmæssige krav er de samme som til udskrivningsaftaler.

Eksempler på skabelon for udskrivningsaftale og koordinationsplan fremgår af bilag 1.

3.2.1.1 Parternes perspektiver på udvælgelsen af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner

Flere af parterne fremhævede udskrivningsaftaler/koordinationsplaner som relevante planer at understøtte bedre digitalt. Der blev lagt vægt på, at planerne som udgangspunkt er tværsektorielle og har ophæng i lovgivningen og dermed bør udarbejdes og anvendes i praksis for den udvalgte målgruppe.

Oplevelser til møderne var, at der har været vanskeligheder i implementeringen af de to planer – både ift. at der ikke altid udarbejdes planer i de situationer, hvor der er behov for dem, og ift. at planerne ikke havner de rigtige steder og derfor ikke bliver anvendt i praksis.

⁴ Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning, m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (Til psykiatriske afdelinger) <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2016/9778>

⁵Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. LBK nr 936 af 02/09/2019 <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936>

⁶ Psykiatriloven <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936>

Digital deling af planer på psykiatriområdet

En årsag til at planerne ikke udarbejdes i tilstrækkeligt omfang skyldes nok primært travlhed samt udfordringer i arbejdsgangene i psykiatrien. Ift. den manglende anvendelse af de planer, der bliver udarbejdet i praksis, skyldes det flere forskellige årsager. F.eks. er der i dag forskellig praksis, når planerne sendes fra psykiatri til kommune, og der kan være tvivl om, hvor planerne egentligt havner.

I kraft af ny lovgivning er målgruppen for planerne blevet udvidet til at skulle omfatte alle borgere, som modtager indsatser jf. serviceloven. Nuværende målgruppe for udskrivningsaftaler er:

Patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne⁷

Målgruppen blev ændret pr. 1. juli 2019, hvor den tidligere var defineret som:

Patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred⁸

Det forventes derfor, at der skal udarbejdes en betydelig større mængde udskrivningsaftaler som følge af dette. Til de afholdte møder var der flere af parterne som derfor vurderede disse som særligt aktuelle ift. at forbedre den digitale understøttelse, i takt med at flere planer skal udarbejdes.

Da udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har ophæng i psykiatriloven, bliver de indberettet til registeret over tvang i psykiatrien⁹. Nedenstående tabeller viser henholdsvis antallet af indberettede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i perioden 2007 – 2019, opgjort samlet for hele landet og fordelt på regioner.

Tabel 1

Antal udskrivningsaftaler 2007 - 2019¹⁰

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hele landet	136	160	194	337	435	401	384	280	245	336	310	379	1050
Region Hovedstaden	37	54	74	102	127	146	159	96	109	117	105	105	111
Region Midtjylland	36	53	70	133	160	94	82	65	28	33	23	76	178
Region Nordjylland	-	<5	19	49	80	87	56	46	34	32	44	37	268

⁷ Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/506>

⁸ Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK nr 1160 af 29/09/2015 <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/1160>

⁹ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-indberetning/indberetning-specifikke-omraader/tvang-i-psykiatrien>

¹⁰ Register for tvang i psykiatrien, Sundhedsdatastyrelsen https://www.esundhed.dk/home/emner/patienter%20og%20sygehuse/brug_af_tvang_i_psykiatrien

Region Sjælland	8	6	<5	<5	14	18	22	33	28	86	68	35	20
Region Syddanmark	55	43	29	51	55	56	65	40	46	68	71	126	473

Tabel 2

 Antal koordinationsplaner 2007 - 2019¹¹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2108	2019
Hele landet	32	62	58	121	178	230	334	340	391	443	447	439	773
Region Hovedstaden	6	15	20	24	22	27	48	39	65	68	44	50	45
Region Midtjylland	12	25	27	55	108	143	202	221	236	270	270	226	343
Region Nordjylland	-	-	<5	15	24	29	33	41	41	43	38	71	189
Region Sjælland	<5	17	6	8	9	9	5	11	13	24	34	35	11
Region Syddanmark	11	5	<5	19	15	22	46	28	37	38	61	59	188

3.2.2 Koordinerende indsatsplaner

I Satspuljeaftalen på psykiatriområdet for 2014 – 2017 blev der afsat midler til, at regioner og kommuner i fællesskab udarbejder individuelle koordinerende indsatsplaner. Udgangspunktet for arbejdet var behovet for et styrket samarbejde om indsatsen for personer med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholafhængighed. Sundhedsstyrelsen har udgivet retningslinjer for udarbejdelsen af koordinerende indsatsplaner i samarbejde med Socialstyrelsen, som danner rammen for arbejdet. Der arbejdes med koordinerende indsatsplaner i psykiatrien i alle fem regioner, dog med variation i anvendelsesgrad, arbejdsgange samt skabeloner for planen.

Målgruppen for koordinerende indsatsplaner var oprindeligt personer med psykisk lidelse og samtidig misbrug, men planen anvendes dog bredere i dag, da behovet for samarbejde og koordinering af indsatser har vist sig for flere målgrupper.

De koordinerende indsatsplaner udarbejdes til et møde mellem patienten og de relevante aktører. Forinden mødet indhentes der samtykke fra patienten, da det er en forudsætning for opstart og udarbejdelse af planen. Efter mødet sendes den udfyldte plan til mødedeltagere og udleveres til borgeren.

¹¹ Register for tvang i psykiatrien, Sundhedsdatastyrelsen https://www.esundhed.dk/home/emner/patienter%20og%20sygehuse/brug_af_tvang_i_psykiatrien

Opstart af en koordinerende indsatsplan er et fælles ansvar for de relevante parter og alle fagpersoner har en forpligtelse til at vurdere, om en borger har behov for at få udarbejdet en indsatsplan og initiere udarbejdelsen, hvis det er tilfældet¹². Formålet er, at skabe overblik over og koordinere de indsatser, som borgeren modtager. Den koordinerende indsatsplan skal være den samlede plan for koordination og tage afsæt i de eksisterende planer, som borgeren får udarbejdet hos de repræsentative aktører, f.eks. handleplaner og behandlingsplaner inden for psykiatrien, beskæftigelsesområdet, stof- og/eller alkoholområdet, den kommunale sociale indsats mv.

Eksempel på skabeloner til koordinerende indsatsplaner fremgår af bilag 2.

3.2.2.1 Parternes perspektiver på udvælgelsen af koordinerende indsatsplaner

Til de afholdte møder fremhævede parterne de koordinerende indsatsplaner som væsentlige planer i det tværsektorielle arbejde på psykiatriområdet. Der var en overordnet konsensus om, at det ville give gevinster, hvis den digitale understøttelse og adgang til planerne blev forbedret.

Der arbejdes allerede med planerne i psykiatrien i alle fem regioner, men implementeringsgraden varierer. Der er ligeledes forskellig praksis i dag, når planerne sendes fra aktør til aktør efter afholdelse af fællesmødet. Skabelonerne til de koordinerende indsatsplaner varierer ligeledes, men har alle udgangspunkt i retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen.

Til møderne var der overordnet enighed om, at den koordinerende indsatsplan fungerer godt som et samarbejdsdokument, der beskriver aftaler og indsatser samt hvilke aktører, der har ansvaret for disse. Det blev dog også nævnt, at det kan være en udfordring, at koordinerende indsatsplaner som udgangspunkt er for målgruppespecifikke, da ikke alene borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, har brug for koordinering. Der er risiko for at borgere falder mellem to stole, hvis de flytter sig fra målgruppe til målgruppe over tid. Derfor bør der udarbejdes de samme planer for flere målgrupper, og den koordinerende indsatsplan anvendes også bredere hos en del af aktørerne, eksempelvis i Region Sjælland¹³. I Region Hovedstaden er der eksempelvis udviklet netværksmøder til en bredere målgruppe, som skal understøtte et velkoordineret forløb. Ligeledes som ved de koordinerende indsatsplaner, er det både kommune og region, som kan tage initiativ til afholdelse af netværksmøder efter behov. Borgeren kan også selv initiere et netværksmøde, hvis kommunen og det psykiatriske center er enige heri¹⁴. Der er udarbejdet en skabelon til netværksmøder som et led i samarbejdsaftalen mellem Region Hoved-

¹² Sundhedsstyrelsen: Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner (SST, 2014) s.8

¹³ Region Sjælland: https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/relationer-og-samarb-paa-tvaers/Sider/Forl%C3%B8b-med-koordinerende-indsatsplan.aspx

¹⁴ Region Hovedstaden: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Tvaersektorielt-samarbejde/Samarbejds-aftaler/voksne/behandlingsforloeb/Sider/Netv%C3%A6rksm%C3%B8der.aspx>

stadens Psykiatri og de tilhørende kommuner. Skabelonen kan også anvendes som koordinerende indsatsplan og udskrivningsaftale/koordinationsplan¹⁵. Udarbejdelsen af skabelonen har taget udgangspunkt i tilbagemeldinger fra borgerne om, at skabelonen skal indeholde det der er vigtigt for borgeren selv, og være formuleret i et sprog som henvender sig til borgerne. I Region Sjælland er der udviklet forløbsprogram for personer med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, med det formål at formalisere samarbejdet med og omkring borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug i psykiatrien og kommunerne i Region Sjælland¹⁶. Her er der gjort en del erfaringer med de koordinerende indsatsplaner, og brugen af planerne er som nævnt udvidet til en bredere målgruppe. Oplevelsen er, at samarbejdet og planen har stor gevinst for borgerne og bidrager til, at borgerne føler sig hørt og inddraget. Det blev dog ligeledes nævnt til møderne, at de koordinerende indsatsplaner er udbredt til udvalgte kommuner, og at det er en generel udfordring, at der er så store forskelle i anvendelsen af planerne.

Til møderne var oplevelsen hos nogle af parterne, at den koordinerende indsatsplan indholdsmæssigt er for lang og teksttung. Dermed bliver planerne ikke et operationelt værktøj, hvorfor en light-version kunne være gavnlig. Der er dog enighed om at, det er vigtigt, at der arbejdes med skabeloner, hvor der er opnået enighed på tværs af sektorer omkring de relevante oplysninger i planerne, samt fælles retningslinjer og mål med anvendelse af planerne.

3.3 Delkonklusion: Udvalgelse af planer

På de indledende møder var der bred enighed om, at fokus for deling af planer på psykiatriområdet skulle være på de tre planer: udskrivningsaftale, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner. Årsagen til denne enighed var primært, at udgangspunktet til møderne var allerede etablerede planer, som bliver anvendt i praksis i det tværsektorielle arbejde på psykiatriområdet. Der blev således ikke gået i dybden med, hvilke øvrige oplysninger der er relevante at dele eller etablering af nye former for planer, men det blev udtrykt, at der er et stort behov for at arbejde systematisk med tværsektorielle planer på psykiatriområdet for borgere, som har kontakt til flere sektorer.

Møderne pegede også på en række aktuelle udfordringer ved anvendelsen af udskrivningsaftalen, koordineringsplanen og den koordinerende indsatsplan. Planerne bliver ikke udarbejdet for alle de patienter, der har behov for det, og der er store udfordringer i den efterfølgende deling og anvendelse. Det giver en stor variation i anvendelsen af planerne. En anden udfordring er, at planerne ikke anvendes ensartet, og at det er forskelligt, hvilke af de tre planer der anvendes, og om de overhovedet anvendes. Hvis det skal fungere hensigtsmæssigt, er det vigtigt, at der er de samme rammer for anvendelse af planerne og fælles forståelse af, hvordan og hvornår disse anvendes. Der var enighed om, at digitalisering er et af de tiltag, der skal gennemføres, hvis der skal ske en implementering af anvendelsen af planerne.

¹⁵ Region Hovedstaden: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Tvaersektorielt-samarbejde/Samarbejdsaftaler/voksne/behandlingsforloeb/Sider/Netv%C3%A6rksm%C3%B8der.aspx>

¹⁶ Region Sjælland: https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/forloebprogram-for-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-samtidigt-misbrug/Sider/default.aspx

4. Møder med kommuner og kortlægning af it-systemer

Efter udvælgelsen af planer til det videre arbejde med foranalysen var næste skridt at gå i dybden med udskrivningsaftalen, koordinationsplanen og koordinerende indsatsplaner for at få indsigt i implementering, anvendelse og udfordringer. MedCom har i den sammenhæng gennemført en kortlægning af it-systemer med fokus på modtagelsen af de tre planer i kommunerne, og der er afholdt en række møder med kommunale repræsentanter om anvendelsen af planerne i samarbejde med KL.

Indledningsvis præsenteres resultaterne fra MedComs kortlægning for de tre udvalgte planer. Den samlede rapport for kortlægning af it-systemer på det kommunale socialområde fremgår af bilag 3. Efterfølgende bliver hovedpointer fra møderne med kommunerne gennemgået med udgangspunkt i temaerne, arbejdsgange og relevante roller. Afslutningsvis opsummeres opmærksomhedspunkter i en delkonklusion.

4.1 Kortlægning af it-systemer på det kommunale socialområde ved MedCom

Opgaven med kortlægningen bestod i at rette kontakt til kommunerne med henblik på at kortlægge de it-systemer, der anvendes på det kommunale socialområde med fokus på de udvalgte psykiatriplaner: udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner. Kortlægningen havde til formål at indsamle viden om, hvorvidt der kan identificeres/afgrænses til en 'primær' modtager, som eventuelt videreforder de udvalgte tre psykiatriplaner, samt hvordan kommunerne modtager og deler planerne med relevante parter.

MedCom udsendte en mail med vedhæftet spørgeskema til alle 98 kommuner. Spørgeskemaet bestod af 8 spørgsmål, som skulle belyse de interne arbejdsgange med de førnævnte tre planer på psykiatriområdet. De to første spørgsmål var generelle og handlede om at identificere/afgrænse til én primær modtager samt kommunens it-fagsystem på socialområdet for myndighedsområdet og på udførelsen. De efterfølgende spørgsmål handlede om, hvordan kommunerne modtager og deler planerne med relevante parter. Da de tre psykiatriplaner anvendes i forskellige henseender, og dermed kan have forskellige processer, blev de samme spørgsmål brugt til hhv. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt til Koordinerende indsatsplaner.

MedCom anbefalede, at spørgsmålene blev besvaret af en ansat indenfor socialområdet, som arbejder med eller har et relevant kendskab til planerne samt besidder en formidlende og/eller koordinerende funktion.

Digital deling af planer på psykiatriområdet

Efterfølgende blev 23 kommuner fordelt over de fem regioner udvalgt til en opfølgende undersøgelse af deres besvarelser. Baggrunden for opfølgningen var, at flere kommuner enten havde misforstået spørgsmålet eller at der i forbindelse med specifikke spørgsmål, var behov for en præcisering. Dette udtrykker i høj grad, hvor komplekst arbejdet med dette område er. Opfølgningen bestod i, at MedCom kontaktede udvalgte kommuner og spurgte ind til deres besvarelser. Ofte resulterede den følgende dialog med kommunen i en præcisering eller tilretning af deres besvarelse. Selve kortlægningen er baseret på besvarelser fra i alt 89 kommuner fordelt på de fem regioner.

4.1.1 Resultater fra kortlægningen

4.1.1.1 It-system på socialområdet:

- › Systemerne KMD Nexus, Columna Cura og Sensus anvendes oftest på det kommunale socialområde ved udveksling af de tre psykiatriplaner.

4.1.1.2 Modtagelse af planerne:

- › Planerne modtages primært via sikker mail i kommunerne, ofte ved vedhæftning af planen indscannet som PDF. I den opfølgende undersøgelse udtrykker flere kommuner dog, at de helst vil modtage planerne direkte i deres EOJ-systemer, fx som en MedCom-standard.
- › Flere kommuner modtager desuden planerne enten som fritekst i en korrespondancemeddelelse via EOJ-systemet eller som fysisk eksemplar efter et afholdt møde.
- › Modtagelse via brevpost opleves i meget lav grad, og det er et klart ønske fra kommunerne, at denne metode udfases.
- › Enkelte kommuner oplever ikke at modtage planerne.

4.1.1.3 Deling af planerne:

- › De fleste kommuner anvender flere metoder til videreformidling af planerne; sendes/deles via sikker mail, mail internt i kommunen eller via deling/advisering i kommunens EOJ-system.
- › Kommuner, som har samme EOJ-system på sundheds- og socialområdet, har mulighed for at dele oplysninger på tværs direkte i systemet.
- › Enkelte kommuner koordinerer i stedet telefonisk eller på møder, hvor planerne kan fordeles fysisk. Brevpost er meget sjældent anvendt.

4.1.1.4 Opmærksomhedspunkter:

- › Besvarelserne "modtagelse af planer via EOJ-system" betyder, at kommuner modtager planerne via fritekst i en korrespondancemeddelelse. Denne præcisering kan foretages på baggrund af den gennemførte opfølgende undersøgelse.

- Der er et meget varierende kendskab til planerne i kommunerne. Flere kommuner har ikke kendskab til de tre planer eller oplever at få meget få planer tilsendt¹⁷.

4.2 Møder med kommunale repræsentanter

Formålet med møderne var at afdække arbejdsgange og anvendelse af de udvalgte planer samt hvilke fagpersoner, der er relevante modtagere i kommunerne.

Der er afholdt videomøder med repræsentanter fra fem kommuner fordelt over de fem regioner. Udvælgelsen af kommuner og nøglepersoner er fortaget af KL, som også har bistået med at etablere kontakt. Til møderne var både små og store kommuner repræsenteret, og der deltog forskellige fagpersoner. Fælles for de kommuner, som deltog, var, at de er relativt digitalt parate.

Møderne blev struktureret ved en tematiseret spørgeguide, som omhandlede arbejdsgange og anvendelse af planerne samt relevante fagpersoner. Temaet *arbejdsgange og anvendelse* blev udvalgt med udgangspunkt i, at let adgang til planerne kan bidrage til bedre planlægning, koordinering og kvalitet, da fagpersoner vil have mulighed for at tage udgangspunkt i planen og arbejde videre med den i deres dagligdag. Temaet om *modtagere* blev udvalgt for at danne et overblik over hvilke fagpersoner/roller i kommunerne, som kan opnå gevinster ved let adgang til planerne i deres dagligdag. Til møderne blev der spurgt særskilt til hhv. koordinationsplaner/udskrivningsaftaler og koordinerende indsatsplaner.

Møderne blev faciliteret i et samarbejde mellem KL og Sundhedsdatastyrelsen. Efter hvert møde blev der udarbejdet referat med hovedpointer. Der indgår ikke direkte citater i analysen, men der refereres til hovedpointer fra møderne.

Afsnittet er delt op efter hhv. udskrivningsaftale/koordinationsplaner og koordinerende indsatsplan, efterfulgt af afsnit om relevante modtagere af de tre planer.

4.2.1 Udskrivningsaftaler / koordinationsplaner

4.2.1.1 Modtagelse

Koordinationsplaner og udskrivningsaftaler bliver, som tidligere nævnt, udarbejdet i den regionale psykiatri, hvor den behandlingsansvarlige overlæge har ansvaret for udarbejdelsen. Flere af de kommunale mødedeltagere nævner, at der er stor variation i, hvorvidt planerne bliver udarbejdet, og i hvilke situationer planen sendes fra regionen til kommunen. Nogle mødedeltagere modtager udskrivningsaftaler/koordinationsplaner via sikker mail. Et par mødedeltagere nævnte korrespondance ved udskrivelse (SAMBO), eller at de uploades via EOJ (Cura). Efter

¹⁷ Bilag 3 Kortlægning af it-systemer på det kommunale socialområde ved udveksling af psykiatriplaner, MedCom 2021,

modtagelse af planerne bliver planerne manuelt distribueret internt i kommunen. En enkelt berettede, at på et specialiseret botilbud bliver koordinationsplanen printet ud efter modtagelse via sikker mail og opbevaret i et aflåst skab til videre brug, for at sikre at medarbejderne vidste, hvor de relevante informationer var. I dette tilfælde var der etableret en systematik omkring samarbejdet mellem botilbud og hospitalspsykiatri omkring udarbejdelsen af koordinationsplaner for borgere, som har modtaget behandlingsdom. Der var dog ikke etableret samme samarbejde for andre målgrupper, som har samme behov for koordinering, og der blev ikke udarbejdet planer for disse.

Da der ikke er en systematik i samarbejde mellem region og kommune omkring afsendelse og modtagelse af planerne, kan det være forskelligt, hvem der modtager planerne og hvordan det sker. Det giver en høj grad af personafhængighed, og flere af medarbejderne fortalte, at det f.eks. kan betyde, at planerne går tabt i en indbakke, hvis en medarbejder er på barsel eller ferie. Det blev derfor italesat på møderne, at det ville give gevinst, hvis der blev etableret en større grad af systematik omkring udarbejdelse og videredistribuering af planerne. Der er behov for klarhed over hvilke funktioner, der afsender og modtager planerne, og at delingen er systematiseret til en funktion frem for en given person. Dette er for at forhindre, at oplysningerne strandes, hvis rollen som f.eks. sagsbehandler bliver overtaget af en ny person.

4.2.1.2 Anvendelse

Der er ikke en bred anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner i praksis blandt mødedeltagerne, og enkelte havde ikke kendskab til planerne forinden mødet. Et par af mødedeltagerne har erfaring med modtagelse af koordinationsplaner, mens udskrivningsaftaler sjældent modtages. Som nævnt ovenfor anvender en af mødedeltagerne koordinationsplaner systematisk i situationer hvor borgere, som har modtaget en dom, bliver udskrevet. Her bliver koordinationsplanen anvendt af personalet i det daglige arbejde i forbindelse med bl.a. trivselsvurderinger og fokus på tidlige advarselstegn samt forværring af borgerens tilstand. Her bliver de væsentligste informationer markeret (highlightet) for, at personalet nemt kan finde frem til dem i de relevante situationer. Grunden til markeringen er, at der ofte fremgår meget tekst i koordinationsplanen, og andre mødedeltagere nævner, at indholdet i udskrivningsaftaler/koordinationsplaner er for overordnet og ikke praksisorienteret.

4.2.2 Koordinerende Indsatsplan / netværksmøder

4.2.2.1 Modtagelse

I retningslinjerne for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner fremgår det, at ansvaret for udarbejdelsen af planen er placeret hos borgerens centrale kontaktpersoner, med hjælp fra en koordinerende funktion, som både kan være i region og kommune. Flere mødedeltagere nævnte, at de ikke modtager eller anvender koordinerende indsatsplaner i praksis i større grad. Hvis de bliver udarbejdet, så er det ofte hospitalspsykiatrien, som står for det. I en af kommu-

nerne anvendes planerne i høj grad, og på samme måde som koordineringsplaner/udskrivningsaftaler, bliver koordinerende indsatsplaner sendt via sikker mail i de fleste tilfælde. Den koordinerende indsatsplan bliver sendt til deltagerne efter afholdelse af et fælles møde. Enkelte mødedeltagere modtager referater fra netværksmøder, hvor det er socialrådgivere i kommunen, som modtager planen via sikker mail efter afholdt fælles møde.

4.2.2.2 Anvendelse

Koordinerende indsatsplaner er oprindeligt udviklet til målgruppen af borgere, som har svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, men skabelonen bliver anvendt til bredere målgrupper f.eks. i Region Sjælland. Nogle af mødedeltagerne fremhæver, at de alene bliver anvendt til borgere som har dobbeltdiagnoser, dvs. misbrug og psykisk lidelse. I de situationer er det misbrugs-konsulenter på kommunens misbrugscentre, som hovedsageligt modtager planen. Hvis der er brug for yderligere koordinering, kan det være socialrådgivere og medarbejdere, som har opgaven som kontaktperson, der modtager planen. I en af kommunerne bliver koordinerende indsatsplaner anvendt til en bredere målgruppe i mange situationer og anvendes også internt i kommunen. I enkelt kommune er der erfaring med netværksmøder, her er det hospitalspsykiatrien, som vurderer, om der er behov for at afholde mødet og udsender efterfølgende referat. Referatet fra netværksmøderne vurderes kun relevant for dem, som har deltaget til mødet, ellers ikke. Det blev nævnt, at der ikke altid er faglig enighed mellem region og kommune omkring det videre forløb. Det kan ligeledes være en udfordring, at der er korte varsler til møderne, og at der dermed ikke er mulighed for den nødvendige forberedelse inden mødet, f.eks. er det ikke altid muligt, at bosted i kommunen kan være klart, og det er ikke altid muligt, at en sagsbehandler med beslutningskompetence deltager til netværksmødet. Der bliver efterspurgt en mere struktureret tilgang og muligheder for forberedelse til møderne.

Borgerens egen adgang til planen er oftest ved, at de får en udskrift fra mødet eller evt. en sikker mail. Nogle gange tager de et billede af planen med deres telefon. Det er en central udfordring, at borgerne ikke altid har let adgang til planerne, da det ofte er rigtig svært for den enkelte at navigere i indsatsen på tværs, og der er mange udfordringer ift. inddragelse af patienter og pårørende i indsatsen. Det blev nævnt, at det kunne være en stor fordel i nogle situationer, hvis også pårørende fik adgang til planen, da de kan spille en stor rolle i koordineringen, f.eks. når det drejer sig om unge eller svært syge, hvor det er udfordrende selv at stå for koordineringen.

4.2.3 Relevante modtagere

Til møderne blev temaet om relevante modtagere drøftet for at danne et overblik over, hvilke fagpersoner/roller i kommunerne ville opnå gevinster i form af muligheder for bedre koordinering og øget kvalitet ved let adgang til planerne i deres dagligdag. Da problemstillingerne og de tre planer er tværsektorielle, blev det undervejs til møderne tydeliggjort, at samarbejdet mellem sektorer og internt i de enkelte sektorer har stor betydning.

Digital deling af planer på psykiatriområdet

Det blev fremhævet, at samarbejdet med borgernes egne læge ofte er mangelfuldt, og at samarbejdet er afhængig af, om den enkelte læge prioriterer målgruppen eller ej. Det blev nævnt, at lægerne får afsat samme tid til en konsultation, uanset om målgruppen har flere problemstillinger, som kræver tid, og at samarbejdet og koordinering med de øvrige aktører ligeledes kræver tid. Borgernes egen læge skal ofte fungere som koordinerende mellem de forskellige indsatser, hvilket er svært, hvis de ikke har indsigt i disse. Det kan være en barriere for at borgernes egen læge bliver en aktiv del i borgerens forbedring.

Til møderne blev samarbejdet mellem det somatiske område og psykiatrien også nævnt som væsentligt. Målgruppen har ofte behov for indsatser inden for begge områder samtidigt, men borgerne bliver ikke altid mødt, således at de modtager den fornødne hjælp grundet fordomme, som bidrager til social ulighed i sundhed.

Inden for de kommunale rammer nævnte mødedeltagerne, at både pædagogisk og sundhedsfagligt personale i kommunerne er relevante modtagere af både udskrivningsaftaler/koordinationsplaner samt koordinerende indsatsplaner. Følgende faggrupper blev nævnt:

Myndighed i kommune:

- Sagsbehandler fra socialpsyki., handicap og arbejdsmarkedsområdet

Udfører i kommune:

- Bostøtte (§85)
- Misbrugscenter – rådgivere
- Medarbejdere på botilbud (f.eks. pædagogisk personale, ergo, fys, sygeplejersker, sosu assistenter)
- Ældreområdet

Andre:

- Hospital: Læger, sygeplejersker, socialrådgivere
- Alm. praksis: Læger
- Kriminalforsorgen

4.3 Delkonklusion: Modtagelse og anvendelse i kommunerne

De tre planer modtages primært via sikker mail i kommunerne. En del kommuner modtager også planerne enten via fritekst i en korrespondancemeddelelse eller som fysisk eksemplar efter et afholdt møde. Kortlægningen viste, at der generelt er stor forskel på, hvem der modtager planerne i kommunerne, men oftest modtages planerne i en fællespostkasse eller hovedpostkasse i kommunen, hvorefter planerne videreføres til rette modtager. Andre kommuner svarer, at planerne modtages i Visitationen/Myndighedsafdelingens postkasse. Hvis borgeren er kendt i systemet, sendes planen direkte til primærbehandleren.

Digital deling af planer på psykiatriområdet

Variationen er ligeledes stor fra kommune til kommune ift. hvorvidt planerne er implementeret og er en del af de efterfølgende arbejdsgange – i nogle kommuner er de ikke eksisterende i sagsgangene, da der stort set ikke blev modtaget nogle planer. Andre kommuner har etableret et samarbejde omkring planerne, som fungerer, men det er meget personbåret af de enkelte medarbejdere.

Udfordringerne i anvendelse af de udvalgte planer i praksis drejer sig både om it-mæssige udfordringer ved at afsende og modtage planerne, og om manglende systematisering af samarbejdet mellem region og kommune. Det være sig i forhold til selve samarbejdet om at udarbejde planen (planlægning af møder, aftaleskabeloner mv) og deling af oplysninger efterfølgende. Det er afgørende, at der er etableret et godt samarbejde mellem region og kommune omkring udarbejdelse og efterfølgende deling af planerne. Hvis ikke der er en struktur, der understøtter dette, men samarbejdet afhænger af enkelte enheder eller personer, risikerer borgeren at falde mellem to stole. Variationen mellem kommunerne betyder, at der kan være stor forskel på borgernes forløb fra kommune til kommune. Der er ligeledes barrierer ved forskelle i de faglige vurderinger på tværs af sektorer og manglende indsigt i og forståelse for rammer i de øvrige sektorer. Det samme gælder for manglende inddragelse af borgerens egen læge som central aktør i borgerens forløb og dermed også relevant ift. de tre planer.

Der ses et manglende overblik over de afdelinger og medarbejdere, der skal have oplysningerne. Nogle kommuner har f.eks. 'en indgang', andre har lister over indgange, og nogle kommuner har et system til både sundheds- og socialområdet, mens andre ikke har. Der tegner sig således et meget forskelligartet billede, hvor implementering af planerne ikke er sket bredt i praksis.

5. Konklusion

Der viste sig hurtigt en enighed i udvælgelsen af udskrivningsaftale, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner til foranalysen, og der var ligeledes bred enighed om behovet for bedre digital understøttelse af de tre planer. Årsagen var primært, at planerne allerede er etablerede og bliver anvendt i praksis i det tværsektorielle arbejde på psykiatriområdet. Der viste sig også en række udfordringer ved anvendelsen af planerne, som situationen er i dag, og udfordringerne med manglende implementering af planerne viste sig at være større end antaget.

Følgende udfordringer gjorde sig gældende:

- Manglende implementering af planerne, både kendskab til og brug af planerne i efterfølgende arbejdsgange. Herunder også manglende ensartet implementering, og udfordringer relateret til, at det er forskelligt, hvilke planer der anvendes.
- Stor variation i it-landskabet og it-mæssige udfordringer ift. at dele planerne.
- Manglende systematisering af samarbejdet mellem region og kommune omkring udarbejdelse og deling af planerne i det tværsektorielle samarbejde.
- Lovgivning – planerne omfatter både sundhedslov og servicelov. Der kan opstå usikkerheder om, hvem der må tilgå oplysningerne på tværs af sektorer og lovgivning og dermed blive en barriere for anvendelsen af planerne.
- Borgere har ofte ikke digital adgang til planerne og der kan ikke gives adgang til pårørende.
- Planerne kan være udformet, så medarbejdere og borgere har svært ved at få et overblik og finde de vigtige informationer.

6. anbefalinger

Følgende tager udgangspunkt i udfordringsbilledet, som er beskrevet på baggrund af de afholdte møder. Der var en bred enighed om, at der er behov for og mange fordele ved en bedre digital understøttelse af de udvalgte planer. Samtidig kan fokus på digitale løsninger for samarbejdet på tværs af sektorer være en væsentlig del af svaret på borgernes oplevede udfordringer med manglende sammenhæng på tværs af sektorer.

Nedenstående opridses centrale anbefalinger:

- Udarbejdelsen af planerne skal ske ved standardiserede arbejdsgange. Der skal sikres klarhed om, hvad man mødes om, at de rette kompetencer er tilstede, og at de rette opfølgningssamtaler indgås.
- Medarbejderne skal kunne afsende, modtage og tilgå planerne i fagsystemer på en let måde.
- Borgerne og pårørende med fuldmagt skal kunne tilgå planen digitalt.
- Systematisering af, hvilke funktioner der skal og må tilgå planerne. Planerne skal kunne tilgås af medarbejdere med en given funktion i de relevante situationer, så planerne ikke går tabt ved ferie eller udskiftning af medarbejdere.
- Planerne skal være så generiske som muligt, og de skal kunne forstås og give mening for borgere og pårørende.
- Oplysningerne skal være så strukturerede som muligt, så medarbejderne hurtigt kan overskue indholdet i en arbejdsituation.

7. Henvisninger

Region Hovedstaden

- Om Netværksmøder: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Tvaersektorielt-samarbejde/Samarbejdsaftaler/voksne/behandlingsforloeb/Sider/Netv%C3%A6rksm%C3%B8der.aspx>

Region Sjælland

- Om Koordinerende Indsatsplaner: https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/relationer-og-samarb-paa-tvaers/Sider/Forl%C3%B8b-med-koordinerende-indsatsplan.aspx

Retsinformation

- Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning, m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (Til psykiatriske afdelinger) <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2016/9778>
- Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. LBK nr 936 af 02/09/2019: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936>
- Psykiatriloven: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936>
- Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/506>
- Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK nr 1160 af 29/09/2015: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/1160>

Statens Institut for Folkesundhed

- Folker, Kristensen, Sølvhøj, Flint, Kusier & Rod, Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser (2027)

Sundheds og Ældreministeriet

- Nyhed om 10års plan: <https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2020/Juni/Arbejdet-med-en-10-aars-plan-for-psykiatrien-skudt-i-gang.aspx>

Sundhedsdatastyrelsen

- Indberetning af tvang i psykiatrien: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-indberetning/indberetning-specifikke-omraader/tvang-i-psykiatrien>
- Register for tvang i psykiatrien: https://www.esundhed.dk/home/emner/patienter%20og%20sygehuse/brug_af_tvang_i_psykiatrien

Sundhedsstyrelsen

Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner (2014)

Bilag 1.

Skabelon fra Region Sjælland:

Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner

Udskrivningsaftale, jf. Psykiatrilovens § 13 a

Koordinationsplan, jf. Psykiatrilovens § 13 b

1. Patientens data
Navn: Adresse: Tlf.nr.: Cpr.nr:
2. Angivelse af behandlingsansvarlig læge efter udskrivningen, som også er ansvarlig for revurdering af aftalen. Angivelse af behandlingsmæssige tilbud.
Stilling og navn: Arbejdssted: Tlf. nr.: Behandlingsmæssige tilbud:
3. Angivelse af, hvem der har pligt til at følge patienten efter udskrivning og påse, at aftalen/planen følges (herunder kommunal opfølgning). Angivelse af sociale tilbud.
Stilling og navn: Arbejdssted: Tlf. nr.: Sociale tilbud:
4. Angivelse af, hvorfor pågældende skal have udarbejdet en udskrivningsaftale/ koordinationsplan (baggrund og formål)
5. Angivelse af aftalens/planens indhold og fordeling af opgaver (udarbejdes der aftaler/planer efter Lov om Social Service skal disse vedlægges som bilag)
6. Angivelse af dato og tidspunkt for den første aftale med patienten
Sted Tidspunkt Deltagere Ansvarlig for aftalen er:
7. Navne, adresser, telefonnumre på deltagere i udskrivningsteamet:
8. Angivelse af dato for opfølgning på udskrivningsaftalen/koordinationsplanen
Dato: Skema udfyldt af (titel og navn) Behandlende overlæge: Patienten: Dato for opfølgning af planen:

Bilag 2.

Skabelon fra *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner* (SST 2014)

Koordinerende indsatsplan

Udarbejdes af behandlere sammen med borgeren/patienten

1. Stamoplysninger	
Navn	
Cpr. nr.	
Adresse	
Telefon	
Grundlag for indsatsplan	<input type="checkbox"/> Borgeren er patient i den ambulante psykiatri, har en psykiatrisk diagnose eller er i udredning herfor. <input type="checkbox"/> Borgeren er i stof- og/eller alkoholbehandling eller er henvist hertil <hr/> <input type="checkbox"/> Borgeren vurderes at have behov for psykiatrisk behandling, men er aktuelt ikke patient eller under udredning. <input type="checkbox"/> Borgeren vurderes at have behov for stof- og/eller alkoholbehandling, men er aktuelt ikke i behandling eller henvist hertil.
Samtykke	Borgeren givet samtykke til, at der indhentes og udveksles informationer samt udarbejdes en indsatsplan. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Samtykke afgivet	Dato:
Koordinerende behandler	
Deltagere i koordinationsmødet og kontaktoplysninger	

Dato for koordinationsmødet	
Indsatsplan er godkendt af borger	Dato:

2. Status, mål og indsatser	
Stofmisbrugsbehandling Jfr. handleplan	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:
Alkoholbehandling Jfr. handleplan	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:
Psykiatrisk behandling Jfr. behandlingsplan	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:
Sociale indsatser Jfr. handleplan	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:
Uddannelsesplan eller jobplan	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:

Familierådgivning Jfr. handleplan	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:
Kriminalforsorgen	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:
Sociale tilbud/ opholdssteder Jfr. handleplan	Status: Mål: Indsats og forventet varighed: Kontaktperson:
Pårørende	
3. Identifikation af primære og/eller akutte udfordringer	
<p><i>Dagsorden til koordinerende indsatsmøde:</i></p> <p><i>Primære eller akutte udfordringer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Udfordring:</i> <i>Aftaler:</i> <i>Ønsket udbytte:</i> • <i>Udfordring:</i> <i>Aftaler:</i> <i>Ønsket udbytte:</i> • <i>Udfordring:</i> <i>Aftaler:</i> <i>Ønsket udbytte:</i> 	

4. Opfølgning

Dato for opfølgning:

Den koordinerende indsatsplan er sendt til deltagere fra det koordinerende indsatsmøde samt...

Med venlig hilsen
Forløbskoordinator

Bilag 3.

Kortlægning af it-systemer på det kommunale socialområde ved udveksling af psykiatriplaner, MedCom 2021