

Sundhedssamarbejdsudvalget

MØDETIDSPUNKT

14-10-2022 09:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården

MEDLEMMER

Lars Gaardhøj
Benedikte Kiær
Susanne Due Kristensen
Karsten Längerich
Sisse Marie Berendt Welling
Kirsten Jensen
Merete Amdisen
Grethe Olivia Nielsson
Trine Græse
Annie Hagel
Karin Friis Bach
Christine Dal
Christoffer Buster Reinhardt
Jacob Trøst
Jørgen Steen Andersen
Peder Reistad

INDHOLDSLISTE

1. Præsentationsrunde
2. Valg af formand og næstformand
3. Godkendelse af dagsorden
4. Godkendelse af forretningsorden
5. Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i perioden frem til næste sundhedsaftale?
6. Beslutning: Rammeoplæg og tidsplan for sundhedsaftale 2024-2027
7. Orientering: RLTN og PLOs svar på henvendelse fra Praksisplanudvalget om faste læger på plejehjem
8. Beslutning: Godkendelse af mødeplan
13. Meddelelse
14. Eventuelt

1. PRÆSENTATIONSRUNDE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Mødet er det første møde i Sundhedssamarbejdsudvalget.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalgets medlemmer præsenterer sig.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Mødet er det første i Sundhedssamarbejdsudvalget, som er nedsat for perioden 1. juli 2022 – 31. december 2025.

Mødet indledes med en præsentation af udvalgets medlemmer.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

22056614

2. VALG AF FORMAND OG NÆSTFORMAND

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der skal udpeges en formand og en næstformand for Sundhedssamarbejdsudvalget.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget vælger en formand blandt regionsrådets repræsentanter i udvalget.

at Sundhedssamarbejdsudvalget vælger en næstformand blandt borgmestrene i udvalget.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Sundhedssamarbejdsudvalget skal - jf. Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg af d. 5. september 2022 - vælge sin formand blandt regionsrådets repræsentanter i udvalget samt en næstformand blandt borgmestrene i udvalget.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

22056614

3. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

22056614

4. GODKENDELSE AF FORRETNINGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der er behov for at godkende det udarbejdede forslag til forretningsorden.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender forslag til forretningsorden.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

I det vedlagte forslag til forretningsorden er Sundhedssamarbejdsudvalgets opgaver, sammensætning og mødefrekvens beskrevet ud fra gældende Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg.

Der er desuden indarbejdet forslag til tidsfrister i forhold til indmelding af dagsordenspunkter, udsendelse af dagsorden samt mødeprotokol. Tidsfristerne svarer til de tidsfrister, der er indarbejdet i forslaget til standard-forretningsorden for sundhedsklyngerne.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

22056614

BILAGSFORTEGNELSE

1. Forretningsorden SSU forslag 270922-UDKAST- version 071022

5. DRØFTELSE: HVAD VIL SUNDHEDSSAMARBEJDSUDVALGET SÆTTE FOKUS PÅ I PERIODEN FREM TIL NÆSTE SUNDHEDSAFТАLE?

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget har en indledende drøftelse om ønsker og forventninger til udvalgets arbejde herunder ønsker og forventninger til samspillet med sundhedsklyngerne.

at Sundhedssamarbejdsudvalget har en indledende drøftelse af emner og områder, som sundhedssamarbejdsudvalget ønsker at sætte fokus i perioden frem til næste sundhedsaftale.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Mødet er det første møde i Sundhedssamarbejdsudvalget.

Nedenfor beskrives Sundhedssamarbejdsudvalgets rolle og opgaver og arbejdet med sundhedsaftalen som baggrund for den indledende drøftelse om ønsker, behov og forventninger til samarbejdet.

Endvidere vil der som afsæt for drøftelsen være et oplæg af foredragsholder Sidsel Vinge, tidligere forsker ved VIVE og sundhedschef i en kommune.

Oplægget vil indeholde betragtninger om, hvordan Sundhedssamarbejdsudvalget sammen med sundhedsklyngerne kan skabe værdi for de fælles borgere, medarbejdere og ledere – og hvad der kan forhindre værdiskabelse.

I drøftelsen kan der fx tages udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvilke typer af emner og indsatser ønskes der særligt fokus på?
- Hvordan kan Sundhedssamarbejdsudvalget understøtte arbejdet i klyngerne?
- Har der været drøftelser i klyngerne, som allerede nu bør løftes til sundhedssamarbejdsudvalget?

Sundhedssamarbejdsudvalgets og sundhedsklyngernes roller

Sundhedssamarbejdsudvalgets og sundhedsklyngernes opgaver er beskrevet i lov og bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, og patientinddragelsesudvalg af 5. september 2022.

Sundhedssamarbejdsudvalgets opgaver er:

- Drøfte og skabe ensartethed i sundhedstilbud på tværs af sundhedsklynger med henblik på geografisk lighed.
- Udarbejde udkast til sundhedsaftale og følge op på sundhedsaftalens mål.
- Indgå samarbejdsaftaler – som en del af sundhedsaftalen – som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører.
- Drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder fælles funktioner, koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.
- Understøtte i forbindelse med implementering af nationale handleplaner og aftaler.
- Fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger.
- Drøfte og indstille relevante udviklingstiltag i sundhedsklyngerne til udbredelse på tværs af sundhedsklynger.
- Drøfte almen praksis' rolle i samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis i relation til sundhedsaftalen.

Sundhedsklyngernes opgaver er:

- Ansvar for den fælles population i sundhedsklyngen.
- Styrke sammenhæng og bedre forløb for borgere, der har forløb på tværs af sektorer.
- Drivende i en styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling af det nære sundhedsvæsen.
- Prioritere indsats, der imødekommer de lokale behov og som sikrer bedre og mere sammenhængende patientforløb.
- Prioritere fælles midler i sundhedsklyngen.
- Aftale lokale modeller for bedre patientforløb, der har fokus på kvalitet og øget nærhed fx for udvalgte grupper.
- Sætte en fælles retning for og implementering af kvalitetstiltag, handlingsplaner og forløbsprogrammer.
- Drøfte initiativer, der har politisk eller økonomiske betydning, fx opgaveomstilling til det primære sundhedsvæsen eller større ændringer i kommunernes eller regionens opgaver.
- Følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde og strategisk prioritering af sundhedsindsatser.

Sundhedssamarbejdsudvalgets opgaver handler således både om at sætte fælles retning for arbejdet i sundhedsklyngerne, men også om at understøtte klyngernes opgavevaretagelse. Det kan fx ske ved at konkretisering af indsatsområder - som flere eller alle klynger ønsker at arbejde med - løftes op og forankres i Sundhedssamarbejdsudvalget.

Det kan også handle om behov for at løfte opgaver til Sundhedssamarbejdsudvalget på områder, hvor der evt. fx opleves strukturelle benspænd for klyngernes arbejde med at skabe sammenhæng og udvikling af samarbejdet om det nære sundhedsvæsen.

Møder i de politiske sundhedsklynger

Der afholdes møder i alle fem politiske sundhedsklynger i regionen i løbet af september måned 2022. På disse møder vil der i alle klyngerne være en indledende drøftelse af ønsker og forventninger til samarbejdet og af områder, som der er særligt behov for at sætte fokus på.

Fokus i drøftelserne vil variere, blandt andet fordi der er forskellige udfordringer og potentialer for udvikling af samarbejdet i de enkelte klynger. Det forventes dog, at nogle temaer og områder vil gå igen

i flere eller alle sundhedsklynger.

Sundhedsaftale 2019-2023

Sundhedsaftalen udgør den overordnede ramme for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde om sundhed. De mål og visioner, som sundhedsaftalen indeholder, sætter derfor også retningen for klyngernes arbejde med udvikling af det nære sundhedsvæsen.

Den nuværende sundhedsaftale indeholder tre fokusområder:

- Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed.

Aftalen er fokuseret og dynamisk. Der er gennem aftaleperioden prioriteret politiske pejlemærker for arbejdet med de tre fokusområder.

Der kan der inden for rammerne af aftalen igangsættes nye udviklingstiltag eller samarbejdsprojekter, hvis der vurderes behov herfor.

Sundhedsaftale 2024 – 2027

Sag nr. 6 indeholder forslag til rammeoplæg for den kommende aftale. I sagen lægges også op til drøftelse af tidsplan for arbejdet med aftalen.

Sundhedsaftalen for 2024-2027 skal indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen senest 1. januar 2024. Aftalen skal forinden være godkendt i Regionsrådet og i alle 29 kommuner i regionen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sekretariatet udarbejder på baggrund af drøftelsen forslag til emner og indsatser, som Sundhedssamarbejdsudvalget kan beslutte at arbejde med i 2023. Forslaget vil blive fremlagt på udvalgets møde den 16. december 2022.

JOURNALNUMMER

22056614

BILAGSFORTEGNELSE

1. Overordnet oversigt – status på arbejdet med Sundhedsaftale 2019 – 2023
2. Notat - rammepapir for sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklyngerne

6. BESLUTNING: RAMMEOPLÆG OG TIDSPLAN FOR SUNDHEDSAFTALE 2024-2027

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsaftalen er den overordnede ramme for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Den næste Sundhedsaftale skal være godkendt af regionsrådet og de 29 kommuner i regionen senest 1. januar 2024.

Aftalen vil gælde for perioden 2024 – 2027. Sundhedssamarbejdsudvalget har ansvaret for at udarbejde et udkast til aftalen.

Formålet med denne sag er, at Sundhedssamarbejdsudvalget med afsæt i vedlagte forslag til rammeoplæg for arbejdet med Sundhedsaftalen drøfter ønsker og forventninger til den næste sundhedsaftale.

Derudover er formålet med sagen, at Sundhedssamarbejdsudvalget beslutter tids- og procesplan for arbejdet med udarbejdelse af Sundhedsaftale 2024 – 2027.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget – med afsæt i det vedlagte rammeoplæg – drøfter ønsker og forventninger til Sundhedsaftale 2024 -2027.

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender forslag til tids- og procesplan for udarbejdelsen af Sundhedsaftale 2024 – 2027.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget havde i april måned 2022 en indledende politisk drøftelse af ønsker og forventninger til den kommende Sundhedsaftale for perioden 2024 – 2027.

Derudover har ønsker og forventninger til visioner, principper og fokusområder for den kommende aftale været drøftet på administrativt niveau i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

På baggrund af de drøftelser har Sekretariatet for Sundhedssamarbejdsudvalget udarbejdet vedlagte rammeoplæg med forslag og opmærksomhedspunkter i forhold til arbejdet med den kommende Sundhedsaftale.

Rammeoplægget

I drøftelserne om ønsker og forventninger til den kommende Sundhedsaftale har Sundhedskoordinationsudvalget og Tværsektoriel strategisk styregruppe taget afsæt i erfaringer fra arbejdet med den nuværende Sundhedsaftale, der gælder for perioden 2019 – 2023.

I drøftelserne har der været enighed om, at den nuværende aftale er enkel og samtidig fokuseret på de områder og målgrupper, hvor der også fremover forventes størst behov for udvikling af samarbejdet.

Desuden er det fremhævet, at den nuværende aftale giver mulighed for løbende videreudvikling i forhold til nye mål, målgrupper og/eller konkrete indsatser.

Udgangspunktet for rammeoplægget er derfor, at der i høj grad kan bygges videre på en række elementer fra Sundhedsaftale 2019 – 2023, når udkastet til den kommende Sundhedsaftale skal udarbejdes.

Visioner

Den nuværende sundhedsaftale indeholder fire visioner:

- Mere sammenhæng i borgerens forløb
- Mere lighed i sundhed
- Mere samspil med borgeren
- Mere sundhed for pengene.

Intentionen har været at skabe en ny ramme for bedre fælles løsninger på de udfordringer, som borgere/pårørende, kommuner, region og praksissektor står over for på sundhedsområdet. Det er der fortsat behov for.

I drøftelserne om den kommende aftales visioner har udgangspunktet derfor været, at de fire visioner med fordel kan videreføres. Derudover er fremhævet ønsker om tydeligere markering af det fælles populationsansvar.

I rammeoplægget er populationsansvaret derfor foreslået som en fælles overliggende forvisionsafsnittet. Det tydeliggør, at aftalen skal fremme en udvikling, hvor kommuner, almen praksis og regionen sammen løfter sundheden. Derudover foreslås, at de nuværende visionsområder bibeholdes.

Fokusområder

Sundhedskoordinationsudvalget havde under udvalgets drøftelse i april måned 2022 særligt fokus på de tre fokusområder i den nuværende Sundhedsaftale. Det blev fremhævet, at de tre fokusområder i høj grad omfatter målgrupper, hvor der fortsat ses et stort behov for videreudvikling af samarbejdet. Det blev også fremhævet, at fokusområderne er smidige og fleksible, da der inden for rammerne af de tre fokusområder både kan indarbejdes nye mål og aftales nye indsatser.

Sundhedskoordinationsudvalget har på den baggrund anbefalet, at de tre fokusområder videreføres i sundhedsaftalen for 2024-2027:

- Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed.

I foråret 2022 kom Sundhedsprofil 2021. Den tegner på mange områder et bekymrende billede af helbredstilstanden blandt borgerne i Region Hovedstaden. Det gælder både den fysiske og mentale sundhed.

I Sundhedskoordinationsudvalget var der enighed om, at udviklingen kalder på et tættere og bredere

tværsektorielt samarbejde om forebyggelse. Samtidig indgår et bredt fokus på forebyggelse som en naturlig del af sundhedsklyngernes opgaver i forhold til det fælles populationsansvar.

I rammeoplægget er derfor foreslået, at forebyggelse bliver omdrejningspunkt for samarbejdet inden for alle tre fokusområder.

Endvidere er der på baggrund af drøftelserne i Tværsektoriel strategisk styregruppe foreslået opprioritering af samarbejdet mellem psykiatrien og socialpsykiatrien i forhold til borgere med psykisk sygdom, så området opnår samme opmærksomhed som samarbejdet inden for somatikken. Derudover er der foreslået opprioritering af samarbejdet om børn og unges mentale trivsel.

Principper

Den nuværende Sundhedsaftale indeholder en række principper for samarbejdet om at omsætte visioner og mål for sundhedsaftalen i handlinger.

De nuværende principper er:

- Borgerne med fra start
- Helhedssyn
- Samme høje kvalitet
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Fælles kompetenceudvikling
- Klar opgave- og ansvarsfordeling
- Sammenhængskraft
- Fælles ansvar for borgernes sundhed.

Principperne er udarbejdet med afsæt i de erfaringer, der er opnået gennem 15 års samarbejde om sundhedsaftaler.

Tværsektoriel strategisk styregruppe anbefalede, at de nuværende principper videreføres med mindre justeringer, så der sættes mere fokus på behov for datadeling og samarbejde om de aktuelle udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere på sundheds- og omsorgsområderne.

Tids- og procesplan

For at understøtte en god proces for udarbejdelsen af den kommende Sundhedsaftale foreslås, at alle fem Sundhedsklynger har en indledende drøftelse af ønsker og forventninger til sundhedsaftalen. Derudover foreslås et temamøde, så medlemmerne af Patientinddragelsesudvalget sammen med andre repræsentanter fra patientforeninger kan komme med input til aftalen.

På baggrund af de indledende drøftelser udarbejdes herefter høringsudkast og endeligt udkast til Sundhedsaftale 2024 - 2027.

Forslag til tids- og procesplan:

Tidspunkt	Handling	Forum	Administrativ behandling
14. oktober 2022	Drøfte input til Sundhedsaftale 2024-27 med afsæt i rammeoplæg	SSU	Opfølgning på SSU + udsendelse til sundhedsklynger
Medio december 2022 - medio januar 2023	Drøfte input til Sundhedsaftale 2024-27 med afsæt i rammeoplæg	De fem politiske sundhedsklynger	Forberedelse i faglige sundhedsklynger. Indsamle og bearbejde input samt udarbejde udkast til sundhedsaftale
Medio december 2022 /medio januar 2023	Drøfte input til Sundhedsaftale 2024-27 med afsæt i rammeoplæg	Temamøde med patientforeninger	Forberedelse og opfølgning
3. marts 2023	Drøfte forslag til høringsudkast for Sundhedsaftale 2024-27	TSS	Tilretning på baggrund af drøftelsen i TSS
31. marts 2023	Godkende høringsudkast til Sundhedsaftale 2024-27	SSU	Opfølgning på SSU
Påskeferie			
Medio april – medio maj 2023	Bred høring af udkast til Sundhedsaftale 2024-27	Patientforeninger, brugerorganisationer, kommuner, PLO mv.	Indsamle, bearbejde og indarbejde høringssvar
Medio/ultimo juni 2023	Drøfte forslag til endelig sundhedsaftale 2024-27 pba. høringsansvar.	TSS	Tilretning på baggrund af drøftelsen i TSS
Sommerferie			
8. september 2023	Behandle endelig Sundhedsaftale 2024-27	KKR-Hovedstaden	
29. september 2023	Godkende endelig Sundhedsaftale 2024-27	SSU	Opfølgning på SSU
Efterårsferie			
Medio oktober - medio december 2023	Godkende endelig Sundhedsaftale 2024-27	Godkendelse i de 29 kommunalbestyrelser og regionsråd	
1. januar 2024	Indsend godkendt Sundhedsaftale 2024-27	Sundhedsstyrelsen	

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sekretariatet udarbejder med afsæt i de indledende drøftelser et forslag til høringsudkast til Sundhedsaftale 2024 – 2027. Forslaget fremlægges for sundhedssamarbejdsudvalget på udvalgets mødet den 31. marts 2023.

JOURNALNUMMER

22056614

BILAGSFORTEGNELSE

@ 1. Rammeoplæg for sundhedsaftalen

7. ORIENTERING: RLTN OG PLOS SVAR PÅ HENVENDELSE FRA PRAKSISPLANUDVALGET OM FASTE LÆGER PÅ PLEJEHJEM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden (PPU) har på møde den 17. december 2021 drøftet faste læger på plejehjem, når honoreringen af de faste læger kommer ind i Overenskomst om almen praksis.

PPU har den 4. maj 2022 rettet henvendelse til overenskomstens parter med opfordring til at indgå dialog om mulighederne for mere fleksibilitet i aftalen med henblik på at kunne opretholde det hidtil gældende serviceniveau. Konkret foreslog PPU i brevet, at de enkelte kommuner ved behov kan indgå lokale aftaler med PLO om følgende:

- Tilkøb af kommunalt finansierede timer til faglig sparring ud over timerne i overenskomsten.
- Mulighed for at øge antallet af beboere på plejehjem, som den enkelte plejehjemslæge må varetage

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget tager svar fra PLO og RLTN til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Baggrunden for henvendelsen fra PPU er, at PLO-H og de kommunale repræsentanter i praksisplanudvalget har konstateret, at overenskomsten har skabt en særlig problemstilling i Region Hovedstaden, der betyder en forringelse af det hidtidige serviceniveau for lægebetjening på plejehjem i forhold til den tidligere aftale. Dels ved, at antallet af læger tilknyttet samme plejecenter nogle steder stiger. Dels ved, at der kan være færre timer til rådgivning på det enkelte plejecenter. Det vil forringe kvaliteten i ordningen for de berørte plejecentre, og plejehjemspersonalet skal bruge mere tid på koordinering og kontakt til lægerne.

Udfordringen er bl.a., at den nye overenskomst lægger op til, at der i udgangspunkt kun afsættes 2-3 timer om måneden til faglig sparring på plejehjemmene.

PPU fandt det bekymrende, at overenskomsten vil kunne medvirke til, at serviceniveauet reduceres, bl.a. ved at der bliver tilknyttet flere plejehjemslæger på plejehjemmene. PPU frygtede ligeledes, at en reduktion i antallet af timer lokalt vil betyde udfordringer med at rekruttere læger til ordningen, da nogle kommuner allerede oplever problemer med at fastholde læger efter overgangen til ny overenskomst.

PPU ønskede derfor, at der bliver åbnet for mere fleksibilitet i ordningen. Overenskomstens dispensationsmulighed jf. § 63, stk. 2 tilgodeser ikke det lokale behov blandt praktiserende læger og kommuner. Dels fremgår det, at regionen kun undtagelsesvist kan dispensere. Dels er det vanskeligt for

kommunerne og lægerne at indgå en kontrakt, der er baseret på en efterfølgende dispensation fra regionen med de usikkerheder, der er forbundet hermed.

PLO og RLTN har i svar af den 20. september 2022 oplyst, at der mellem parterne ikke var enighed om at lempe vilkårene i overenskomstaftalen om faste læger på plejehjem. RLTN fremhæver blandt andet som begrundelse, at man er bekymrede for kvaliteten over for den enkelte plejehjemsbeboer og tilgængeligheden over for andre patienter i lægens praksis, idet det forudsætter et stort antal sygebesøg til plejehjemmet. Ligeledes finder RLTN det usandsynligt, at en enkelt læge systematisk måned efter måned kan levere mere end tre undervisningstimer til personalet på plejehjemmet.

PLO var umiddelbart indstillet på at finde en løsning med RLTN.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

22056614

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Henvendelse fra PPU til RLTN vedr. plejehjemslæger
- ① 2. Svar på henvendelse fra Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden
- ① 3. Pkt. 5 (Offentlig) Henvendelse fra Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden vedr. justering af ordning om plejehjemslæger

8. BESLUTNING: GODKENDELSE AF MØDEPLAN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedssamarbejdsudvalget skal i henhold til gældende Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg mindst afholde fire møder årligt.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender forslag til mødeplan for perioden 2022 – 2025.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Sundhedssamarbejdsudvalget skal afholde mindst fire ordinære møder årligt. Derudover kan der ved behov indkaldes til ekstraordinære møder.

Forslag til mødetidspunkter:

År	Dato
2022	Fredag d. 16. december kl. 10-12
2023	Fredag d. 31. marts kl. 13–15
	Fredag d. 23. juni kl. 13-15
	Fredag d. 29. september kl. 13-15
	Fredag d. 1. december kl. 10-12
2024	Fredag d. 1. marts kl. 10-12
	Fredag d. 17. maj kl. 10-12
	Fredag d. 11. oktober kl. 10-12
	Fredag d. 6. december kl. 10-12
2025	Fredag d. 28. februar kl. 10-12
	Fredag d. 23. maj kl. 10–12
	Fredag d. 3. oktober kl. 10-12
	Fredag d. 5. december kl. 10-12

Det bemærkes, at ovenstående forslag til mødedatoer i 2023 er fastlagt ud fra forslag til tids- og

procesplan for arbejdet med sundhedsaftale 2024 – 2027. Hvis der på mødet – jf. dagsordenens punkt 6 – aftales en ny tids- og procesplan for arbejdet med aftalen, kan der opstå behov for at finde nye mødetidspunkter.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

22056614

13. MEDDELELSE

-

JOURNALNUMMER

-

14. EVENTUELT

EVENTUELT

-

Forretningsorden for Sundhedssamarbejdsudvalget i Region Hovedstaden

Regionsrådet nedsætter sammen med kommunalbestyrelserne i Region Hovedstaden et Sundhedssamarbejdsudvalg.

Rammer:

Rammerne for Sundhedssamarbejdsudvalgets arbejde er fastlagt i Sundhedslovens § 204 og § 205 og præciseret i Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler, og patientinddragelsesudvalg (BEK nr. 1248 af 05/09/2022).

Formål:

Sundhedssamarbejdsudvalget skal koordinere og sætte retning for arbejdet på tværs af sundhedsklyngerne i regionen i overensstemmelse med ovennævnte bekendtgørelse.

§ 1

Sundhedssamarbejdsudvalgets sammensætning

Stk. 1

Sundhedssamarbejdsudvalget består af:

- 7 medlemmer fra Regionsrådet i Region Hovedstaden, herunder regionsrådsformanden
- 7 borgmestre fra kommuner i Region Hovedstaden
- 2 repræsentanter fra almen praksis udpeget af de Praktiserende Lægers Organisation Hovedstaden

Stk. 2.

Patientinddragelsesudvalget skal systematisk inddrages i drøftelser af emner, der ligger inden for Sundhedssamarbejdsudvalgets emneområder. Herunder inviteres Patientinddragelsesudvalget til møde med Sundhedssamarbejdsudvalget, inden udkast til Sundhedsaftalen udarbejdes.

Stk. 3.

Sundhedssamarbejdsudvalget vælger sin formand blandt regionsrådets repræsentanter i udvalget, samt en næstformand der vælges blandt borgmestrene i udvalget.

Stk. 4.

Funktionsperioden for Sundhedssamarbejdsudvalget følger regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiode.

§ 2

Sundhedssamarbejdsudvalgets opgaver

Stk. 1

Sundhedssamarbejdsudvalget opgaver omfatter blandt andet, at:

- Drøfte og skabe ensartethed i sundhedstilbud på tværs af sundhedsklynger med henblik på geografisk lighed.
- Udarbejde udkast til sundhedsaftale og følge op på sundhedsaftalens mål.
- Indgå samarbejdsaftaler – som en del af sundhedsaftalen – som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører.
- Drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder fælles funktioner, koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.
- Understøtte implementering af nationale handleplaner og aftaler.
- Fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger.
- Drøfte og indstille relevante udviklingstiltag i sundhedsklyngerne til udbredelse på tværs af sundhedsklynger.
- Drøfte almen praksis rolle i samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis i relation til sundhedsaftalen.

§3

Sundhedssamarbejdsudvalgets møder

Stk. 1

Sundhedssamarbejdsudvalget holder mindst 4 møder om året.

Stk. 2

Såfremt medlemmerne ønsker punkter til drøftelse optaget på dagsordenen, gives der skriftligt besked herom til formanden og sekretariatet senest 28 dage forud for mødet. Det vil være muligt at optage et punkt på dagsordenen, selvom det er udsendt til medlemmerne efter fristen, såfremt der er enstemmighed blandt medlemmerne om at optage punktet på dagsordenen.

Stk. 3

Formanden foranlediger, at der senest 10 dage før mødets afholdelse udsendes en dagsorden til medlemmerne. Den udsendte dagsorden skal indeholde det nødvendige materiale som grundlag for drøftelserne.

Stk. 4

Protokol fra møderne i Sundhedssamarbejdsudvalget udsendes til medlemmerne senest 10 dage efter afholdelse af møde. Medlemmerne kan inden for 8 dage afgive indsigelser til protokollen. I tilfælde af indsigelser udsendes revideret referat til fornyet godkendelse efter samme procedure. Er der ingen indsigelser, betragtes protokollen herefter som godkendt.

Punkt nr. 4 - Godkendelse af forretningsorden

Bilag 1 - Side -3 af 4

Stk. 5

Sager kan undtagelsesvis afgøres ved skriftlig votering på grundlag af materiale udsendt til Sundhedssamarbejdsudvalgets medlemmer. Såfremt blot ét medlem gør indsigelse herimod, skal sagen eller sagerne behandles på møde.

Stk. 6

Såfremt et medlem er forhindret i at deltage i et møde, gives der besked herom til formanden eller sekretariatet inden mødets afholdelse. Det angives i mødereferatet, hvem der har deltaget i mødet.

Stk. 7

Sundhedssamarbejdsudvalgets møder er ikke offentligt tilgængelige.

Stk. 8

Sundhedssamarbejdsudvalget kan tillade, at andre personer deltager i møderne, når det er ønskeligt af hensyn til en sags oplysning eller drøftelserne i udvalget.

Stk. 9

Formanden kan indkalde Sundhedssamarbejdsudvalget til ekstraordinært møde. Ved indkaldelse til ekstraordinært møde giver formanden underretning om mødets dagsorden samt, i videst muligt omfang, materiale til sagens behandling.

§ 4

Mødeledelse og beslutningsdygtighed

Stk. 1

Møderne ledes af formanden og i dennes fravær af næstformanden. Er både formanden og næstformanden fraværende vælger udvalget en ad hoc mødeleder. Valg af mødeleder varetages af det ældste medlem af udvalget.

Stk. 2

Sundhedssamarbejdsudvalget er beslutningsdygtigt, når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede, dog således at både kommuner og region er repræsenteret. For punkter der vedrører almen praksis gælder, at PLO-Hovedstaden skal være repræsenteret.

Stk. 3

Formandskabet tegner Sundhedssamarbejdsudvalget mellem møderne. Der kan aftales en nærmere arbejdsdeling internt i formandskabet.

§ 5

Sekretariatsbetjening

Stk. 1.

Regionen og kommunerne deler sekretariatsbetjeningen af Sundhedssamarbejdsudvalget.

§ 6

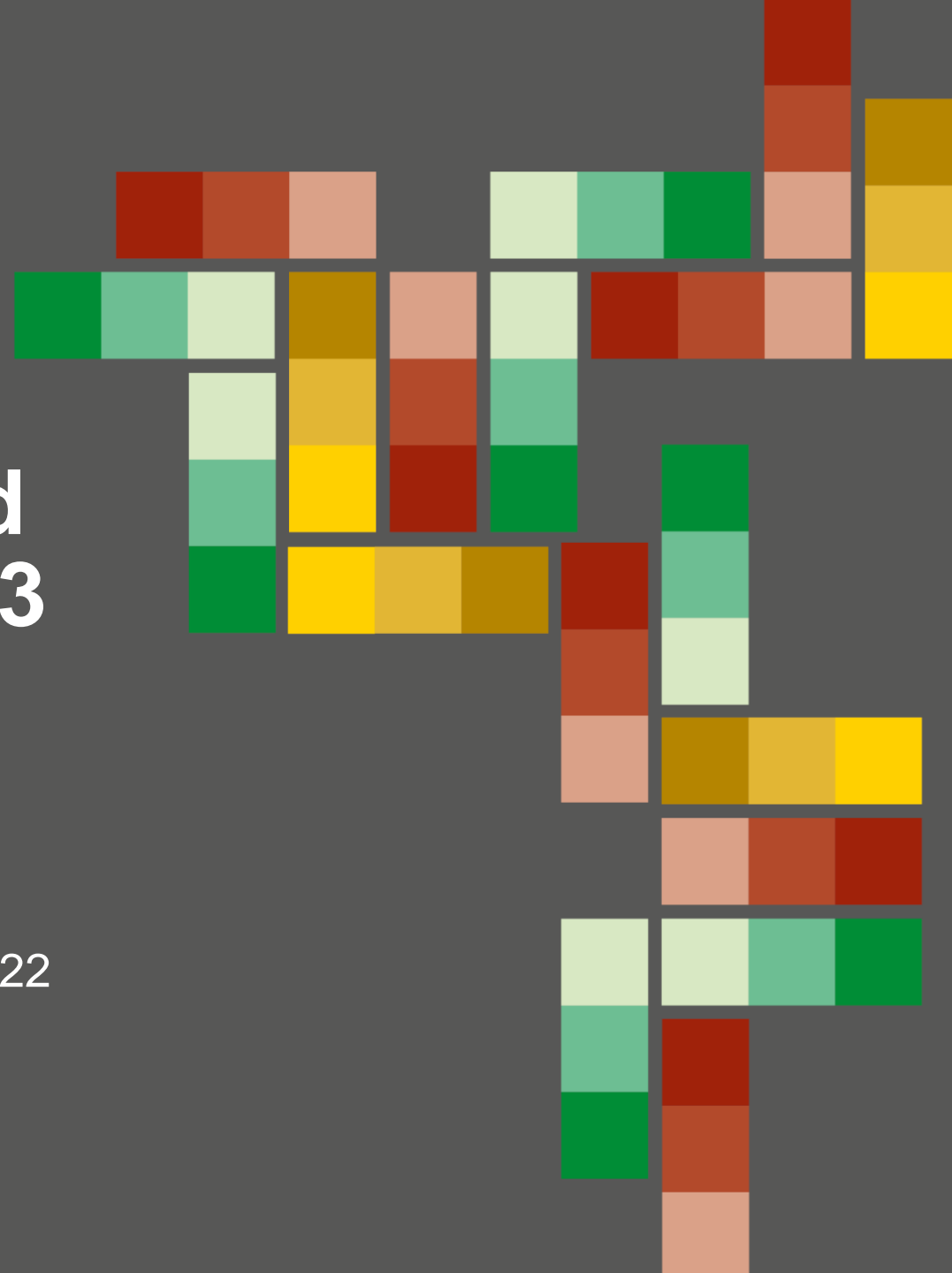
Ikrafttræden

Stk. 1

Denne forretningsorden træder i kraft på Sundhedssamarbejdsudvalgets konstituerende møde den 14. oktober 2022, og er gældende frem til 31. december 2025.

Overblik over arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-2023

Vision, fokusområder, mål og pejlemærker, oktober 2022



Punkt nr. 5 - Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i

perioden frem til næste sundhedsaftale?

Bilag 1 - Side 2 af 7

Mere sammenhæng i borgerens forløb | Mere lighed i sundhed | Mere samspil med borgerne | Mere sundhed for pengene

Fokusområder og mål:



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.



Pejlemærker:

1. Samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne skal styrkes
2. Der skal indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi



Sammen om borgere med psykisk sygdom

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.
- Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.



1. Implementering af netværksmøder
2. Udbredelse af ny model for botilbudsbetjening.
3. Udbredelse af model for samarbejde mellem IPS-konsulenter og FACT-teams.
4. Udbredelse af APU - Tværsektoriel samarbejdsmodel for borgere med psykisk sygdom og et misbrug.
5. Udvikling af en tværsektorielsamarbejdsmodel målrettet mennesker med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik.

Fokusområder og mål:



Sammen om børn og unges sundhed

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Pejlemærker:

1. Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier.
2. Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes - med særligt fokus på sårbare gravides behov og ønsker
3. Samarbejdet skal styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet.
4. Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15 – 25 år, der viser tegn på mental mistrivsel

Punkt nr. 5 - Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i perioden frem til næste sundhedsaftale?

Sammen om børn og unges sundhed

Bilag 1 - Side -4 af 7

Mål	Pejlemærker	Opgaver	Status
<ul style="list-style-type: none"> Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide. 	<p>Der udvikles et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier</p>	<p>Udvikle et fælles sprog for vurdering og kategorisering af sårbare gravide og småbørnsfamilier Forslag til implementering</p>	<p>Arbejde med udvikling af model pågår. Pilotafprøvning i et planområde under forberedelse.</p>
	<p>Den tværsektorielle kommunikation på svangreområdet skal systematiseres og styrkes - med særligt fokus på sårbare gravides behov og ønsker</p>	<p>Understøtte den lokale implementering af kommunikationsaftale for gravide Drøfte opfølgningen fra Tværsektorielt samarbejdsforum</p>	<p>Implementeret / løbende fokus på opfølgning</p>
	<p>Samarbejdet skal styrkes mellem almen praksis og kommunernes pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) om henvisning af børn og unge i mental mistrivsel, der vil have gavn af udredning og/eller behandling i nærmiljøet</p>	<p>Udarbejde anbefalinger til, hvordan samarbejdet kan styrkes.</p>	<p>Arbejdet med indsatsen midlertidigt udsat (har afventet Psykiatriens 10-års plan)</p>
	<p>Bedre tværsektorielt samarbejde om unge mellem 15 – 25 år, der viser tegn på mental mistrivsel</p>	<p>Afdække af muligheder for tættere tværsektorielt samarbejde, udarbejde forslag til organisering af samarbejdet og udbredelse af veldokumenterede metoder.</p>	<p>Arbejdet med indsatsen midlertidigt udsat (har afventet Psykiatrien 10 års plan)</p>



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Punkt nr. 5 i Sundhedsaftalen: Udvidelse af samarbejdsaftaler om sundhedsindsats og forebyggelse på perioden frem til næste sundhedsaftale?

Bilag 1 - Side 5 af 7

	Pejlemærker og signaturindsatser	Opgave	Status	
<ul style="list-style-type: none">• Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.• Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.	Samarbejdet om lægebetjening af borgere i kommunerne skal styrkes	Implementere samarbejdsaftale om 72 timers udvidet behandlingsansvar	Udrulning af det udvidede behandlingsansvar pågår	
	Der skal sikres bedre udnyttelse af de eksisterende tilbud, som er målrettet forebyggelse af indlæggelser	Drøfte erfaringer med aftaler vedr. lægebetjening og sikre bedre udnyttelse af eksisterende målrettet forebyggelse af indlæggelser		Brug af samarbejdsaftalerne ift. kommunale akutfunktioner mm. er løbende drøftet i de faglige klynger (samordningsudvalgene)
	Der skal indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi	Indgås en aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi		Aftale indgået i efteråret 2021 – implementering pågår
	Udvikling af model for SP-link adgang i kommunerne	Model for udrulning af SP-link er udarbejdes		Model udarbejdet. Derudover nu også nationale løsning på adgang til patientdata via sundhedsjournal på sundhed.dk (20 kommuner har adgang til ptt. journaloplysninger via SP-link og/eller sundhedsjournal)
	Gode udskrivelser og udkørende teams	Understøtte løsninger der sikrer tryggeovergange	Alle de faglige klynger har løbende arbejdet med indsatser ift. tryk overgang. I planområde Nord fx etableret model med udkørende teams	





Sammen om borgere med psykisk sygdom

Punkt nr. 5 - Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i perioden frem til næste sundhedsaftale?

Bilag 1 - Side -6 af 7

Mål	Pejlemærker	Opgave	Status
<ul style="list-style-type: none">• Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.• Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.	Fortsat fokus på implementering af netværksmøder.	Iværksætte tiltag til øget brug af netværksmøder	De lokale driftsfora for psykiatrien følger og understøtter implementering
	Styrket tilbud om samlet behandling og støtte i nærmiljøet til borgere på botilbud – udbredelse af ny model for botilbudsbetjening.	Følge arbejdet med udbredelsen af modellen for botilbudsbetjening.	Alle 29 kommuner har adgang til botilbudsbetjening.
	Nye samarbejdsformer om beskæftigelsesindsatser på borgerens præmisser - udbredelse af model for samarbejde mellem IPS-konsulenter og F-ACT-teams.	Følge udbredelse og erfaringerne med implementering af model. Give input til drøftelse i SKU om behov, ønsker og muligheder for nye tiltag, der kan bidrage til yderligere udbredelse af modellen.	Modellen er udbredt til 8 kommuner.



Punkt nr. 5 - Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i perioden frem til næste sundhedsaftale?

Bilag 1 Side 7 af 7

Sammen om borgere med psykisk sygdom (fortsat)

Mål	Pejlemærker	Opgave	Status
<ul style="list-style-type: none">Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.	Udbredelse af APU - Tværsektoriel samarbejdsmodel for borgere med psykisk sygdom og et misbrug	Følger arbejdet med udbredelsen af APU-modellen	APU udbredt til 11 kommuner (62% af befolkningen i Region H)
<ul style="list-style-type: none">Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.	Udvikling af en tværsektoriel behandlings- og samarbejdsmodel målrettet mennesker med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik.	Følge arbejdet med udviklingen af projektet	Modeludvikling pågår i samarbejde mellem RHP og 2 kommuner.



NOTAT

Dato: 6. oktober 2022

Rammepapir for sundhedssamarbejdsudvalgets og sundhedsklyngernes arbejde

Rammepapiret skal bidrage til at skabe tydelighed om sundhedsklyngernes arbejde og snitflader til Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU). Rammepapiret tager afsæt i den overordnede ramme, som fremgår af sundhedsloven og bekendtgørelse suppleret af uddybninger og konkretiseringer.

For at sikre en ensartethed og høj kvalitet i sundhedstilbuddene og samtidig skabe politisk råderum i sundhedsklyngerne, er det væsentligt at supplere de overordnede rammer med dels nogle principper for opgaveafgrænsning mellem sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalget. Dels uddybe centrale begreber for at skabe et fælles afsæt for drøftelserne i sundhedsklyngerne.

Opgave- og ansvarsdeling mellem sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklyngerne fremgår af nedenstående tekstboks 1 og 2 nedenfor:

Tekstboks 1: Opsummering af Sundhedssamarbejdsudvalgets (SSU) opgaver og ansvar med afsæt i bekendtgørelsen

- Udarbejde udkast til **sundhedsaftale**, der efterfølgende skal besluttes af kommunalbestyrelser og regionsråd og følge op på sundhedsaftalens mål
- **Indgå samarbejdsaftaler** – som en del af sundhedsaftalen - som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører
- **Drøfte emner, der er relevante for sammenhængen** i forløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud, herunder fælles funktioner, koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet,
- Understøtte ifm. implementering af nationale handleplaner og -aftaler
- Fastlægge **fælles rammer og retning for udviklingen** af det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger
- Drøfte og indstille relevante **udviklingstiltag** i sundhedsklyngerne til **udbredelse på tværs af** sundhedsklynger.
- Drøfte **praksisplan for almen praksis** forud for vedtagelse samt almen praksis rolle i samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis i relation til sundhedsaftalen.
- Drøfte og skabe ensartethed i **sundhedstilbud** på tværs af sundhedsklynger mhp. geografisk lighed.

Punkt nr. 5 - Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i perioden frem til næste sundhedsaftale?

Bilag 2 - Side -2 af 4

Tekstboks 2: Opsummering af sundhedsklyngernes opgaver og ansvar med afsæt i bekendtgørelsen

- Ansvar for den **fælles population** i sundhedsklyngen
- Styrke **sammenhæng** og **bedre forløb** for borgere, der har forløb på tværs af sektorer
- Drivende i en **styrket forebyggelse**, kvalitet og omstilling af det nære sundhedsvæsen
- **Prioritere indsatser**, der imødekommer de lokale behov og som sikrer bedre og mere sammenhængende patientforløb
- Prioritere **fælles midler** i sundhedsklyngen
- Aftale **lokale modeller** for bedre patientforløb, der har fokus på kvalitet og øget nærhed fx for udvalgte grupper.
- Sætte en fælles retning for og implementering af **kvalitetstiltag, handlingsplaner og forløbsprogrammer**.
- Drøfte initiativer, der har politisk eller økonomiske betydning, fx **opgaveomstilling til det primære sundhedsvæsen** eller større ændringer i kommunernes eller regionens opgaver.
- Følge og **drøfte centrale nøgletal og data for populationen** inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde og strategisk prioritering af sundhedsindsatser.

Populationsansvar

Populationsansvaret dækker i bred forstand over et fælles ansvar for de borgere som hospitaler, kommuner og praktiserende læger er fælles om. Sundhedsklyngerne skal bidrage til at skabe sammenhæng for de borgere, de er fælles om og derigennem bidrage til at skabe lighed i sundhed.

Ansvar for populationen betyder samtidig, at sundhedsklyngerne skal have en differentieret og proaktiv tilgang til borgernes sundhed, hvor sundhedsklyngerne blandt andet med afsæt i konkrete data om populationen, aftaler lokale indsatser fx om forebyggelse af kronisk sygdom. For at understøtte dette er Sundhedsdatastyrelsen ved at oprette et nyt system, 'Sundhedsdata på tværs'. Sundhedsdata på tværs skal give viden om fælles patientpopulationer på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.

Arbejdet med at udmønte et populationsansvar kan strække sig over utallige aspekter og sektorer, herunder miljø, kultur, uddannelse, social- og sundhedsvæsen, hvorfor tværsektorielt arbejde er centralt.

Vision – hvad vil vi i sundhedsklyngerne

Sundhedsaftalen udgør den fælles politiske ramme og retning for det nære sundhedsvæsen i hovedstadsregionen.

I sundhedsaftalen er der et udtalt ønske om at gå nye veje sammen, at nedbryde barrierer, som begrænser mulighederne for at løfte det fælles ansvar for sundhed og for at tilbyde alle borgere sammenhængende forløb med høj kvalitet.

Den fælles vision for et samarbejdende sundhedsvæsen er:

- Mere sammenhæng i borgerens forløb
- Mere lighed i sundhed
- Mere samspil med borgeren
- Mere sundhed for pengene.

Punkt nr. 5 - Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i perioden frem til næste sundhedsaftale?

Bilag 2 - Side -3 af 4

Sundhedsklyngerne skal omsætte sundhedsaftalen til at skabe større lighed i sundhed for den population, de har ansvar for. Sundhedsklyngerne træffer beslutninger, der understøtter samarbejdet og skaber en bedre sammenhæng for borgere i forløb på tværs af sektorerne, så sundhedsvæsen og ydelser hænger bedre sammen og skaber bedre løsninger for borgerne. Der er en forventning om, at sundhedsklyngerne tør gå nye veje, at sundhedsklyngerne gennemfører prøvehandling og afprøver nye samarbejdsformer på nye og eksisterende indsatser for at skabe bedre borger- og patientforløb.

Sundhedsaftalen – en fælles politisk ramme med klyngefrihed

Sundhedsaftalen beskriver de fælles indsatsområder i det nære sundhedsvæsen og rammerne for samarbejdet mellem kommuner, region og praktiserende læger. Sundhedsaftalen udarbejdes af Sundhedssamarbejdsudvalget og besluttet i de 29 kommunalbestyrelser og regionsrådet.

Den nuværende sundhedsaftale har tre fokusområder:

- Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed

Sundhedsaftalen sætter således en fælles politisk retning for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i hovedstadsregionen. Sundhedsklyngernes virke sker inden for denne fælles politiske ramme og retning. Der vil således være betydelig frihed til, at klyngen kan beslutte tiltag og indsatser, der er mest relevante for den fælles population, samtidig med at det nære sundhedsvæsen udvikler sig i samme strategiske retning.

Netop dét, at det nære sundhedsvæsen udvikler sig i samme strategiske retning, betyder samtidig at erfaringer opnået i én sundhedsklynge også vil være interessante for de øvrige sundhedsklynger. Med respekten for de lokale forskelle og hensynet til den fælles retning og strategi vil såvel gode som dårlige erfaringer med fordel blive delt mellem sundhedsklyngerne imellem. Erfaringsdeling kan med fordel bl.a. ske i regi af Sundhedssamarbejdsudvalget.

Den nuværende sundhedsaftale er gældende frem til udgangen 2023. Proces for udarbejdelse af den nye sundhedsaftale er tilrettelagt, så der sker inddragelse af sundhedsklyngerne.

Opgave- og ansvarsdeling mellem sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg (SSU)

Den overordnede ramme er bestemt i sundhedsloven. I boks 1 og boks 2 er der indsat en opsummering af opgave- og ansvarsfordelingen mellem de 5 sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalget.

Det fremgår af opsummeringen af opgave- og ansvarsdelingen, at sundhedsklyngerne bl.a. skal løfte populationsansvaret i akutsygehusets optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet samt tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngernes populationsansvar omfatter også borgere med psykiske lidelser, uagtet at optageområdet afviger fra akutsygehusets optageområde.

Punkt nr. 5 - Drøftelse: Hvad vil Sundhedssamarbejdsudvalget sætte fokus på i perioden frem til næste sundhedsaftale?

Bilag 2 - Side -4 af 4

Sundhedssamarbejdsudvalget har ansvar for at indgå aftaler, der går på tværs af sundhedsklynger. Det kan være aftaler om fx opgaveflytning og den tilhørende økonomi og patientgrupper, der går på tværs af sundhedsklynger. Sundhedsklyngerne orienterer Sundhedssamarbejdsudvalget forud for indgåelse af aftaler, hvor der bliver flyttet økonomi eller opgaver mellem sektorer. Beslutninger af mere principiel karakter løfter sundhedsklyngerne til Sundhedssamarbejdsudvalget. Aftaler vedrørende samarbejdet med praktiserende læger på tværs af sektorer bliver indgået mellem regionen og PLO-H, med forudgående inddragelse af sundhedssamarbejdsudvalget.

Det er et overordnet hensyn, at borgere i samme kommune modtager ensartede sundhedstilbud uagtet, at kommunen tilhører flere sundhedsklynger. Tilsvarende er det et hensyn, at de patientgrupper, der går på tværs af sundhedsklynger, oplever ensartethed og høj kvalitet i sundhedstilbuddene.



Rammeoplæg for sundhedsaftale 2024 – 2027

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter fra Sundhedskoordinationsudvalget og Tværsektoriel strategisk styregruppe til udarbejdelsen af sundhedsaftale 2024 – 2027

Introduktion til rammeoplægget

Der er sket meget i det tværsektorielle samarbejde om sundhed, siden de første sundhedsaftaler blev indgået i 2007.

Kommunerne, almen praksis og regionen har bevæget sig mod hinanden og er blevet bedre til at samarbejde med fokus på borgernes behov.

Det samlede sundhedsvæsen står imidlertid fortsat med store udfordringer bl.a. som følge af den demografiske udvikling og den fortsatte ulighed i sundhed.

Rammerne for videreudviklingen af det tværsektorielle samarbejde udstikkes med de visioner, fokusområder og mål, som der aftales i sundhedsaftalen.

Nu sættes processen for udarbejdelse af udkast til Sundhedsaftale 2024-2027 i gang.

Det skal for første gang ske inden for rammerne af den nye samarbejdsstruktur med sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

For at understøtte en god og involverende proces indledes processen med indledende drøftelser i både sundhedssamarbejdsudvalget og i de fem sundhedsklynger. Derudover planlægges efter et temamøde med patientinddragelsesudvalget m.fl., så brugerrepræsentanter også får mulighed for at komme med input tidligt i processen.

Faktaboks – Hvad er en sundhedsaftale?

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, der formelt indgås mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen. Aftalen er lovbestemt og udgør den overordnede ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem region, kommuner og almen praksis.

Udarbejdelsen af sundhedsaftalen er forankret i Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU), og sundhedsklyngerne og patientinddragelsesudvalget skal komme med input til aftalen.

Formålet med aftalen er at bidrage til at understøtte lighed i sundhed og sammenhæng i forløb der går på tværs af region, kommuner og almen praksis med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed.

Den nuværende nationale vejledning om sundhedsaftalen er fra 2018. Der udarbejdes en ny vejledning og forventningen er, at der kun sker mindre justeringer. Afsættet for aftalen forventes derfor at være, at:

Sundhedsaftalen skal:

- Fastsætte fælles forpligtende mål – både generelt og for de grupper der laves aftaler om
- Tage udgangspunkt i nationale mål
- Være dynamisk (løbende opfølgning og justering af aftaleområder).

Rammeoplægget er udarbejdet på baggrund af drøftelser om sundhedsaftalen, som fandt sted i Sundhedskoordinationsudvalget i april 2022 samt på møder i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Ramme for den kommende sundhedsaftale

De nationale mål for sundhed

De otte nationale mål for sundhed sætter en fælles retning for udviklingen af sundhedsvæsenet.

Målene udgør dermed en overordnet ramme for det tværsektorielle samarbejde om sundhed i regionen. Herunder for arbejdet med den nuværende sundhedsaftale.

Også den kommende sundhedsaftale skal bidrage til at realisere de nationale målsætninger.



Visioner i sundhedsaftalen

Intentionen med den nuværende sundhedsaftale var at skabe en ny ramme for bedre fælles løsninger på de udfordringer, som borgere/pårørende, kommuner, region og praksissektor står over for på sundhedsområdet. Det er der fortsat behov for.

Den kommende sundhedsaftale skal derudover også være en stærk katalysator for samarbejdet i de nye sundhedsklynger, der skal understøtte sammenhæng, løfte de nære sundhedstilbud og det fælles populationsansvar lokalt i klyngernes områder.

Tværasektoriel strategisk styregruppe foreslår, at det fælles populationsansvar i den kommende sundhedsaftale bliver en overligger for de fire nuværende visioner. På den måde kan det klart signaleres, at der ønskes en udvikling, hvor kommuner, almen praksis og regionen i endnu højere grad går sammen om at løfte sundheden.

De fire visioner i den nuværende sundhedsaftale er:

Styrke sammenhæng i borgerens forløb

Sundhedsvæsenet er en kompleks størrelse, og borgerne har gennem deres sygdomsforløb ofte kontakt med mange forskellige fagpersoner fra flere sektorer, der handler ud fra forskellige regler, økonomi, kultur og sprog. Det kan gøre det svært for både borgere, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over forløbet. Men kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke komme borgeren til last og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom. Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstænkning og mindre silotænkning.

Øget lighed i sundhed

Der skal være let og lige adgang til sundhed for alle borgere i regionen. Men, vi ved også, at det desværre ikke er tilfældet i dag. Mange borgere oplever på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Det har både store konsekvenser for samfundsøkonomien og for de grupper i vores befolkning, der mister sunde leveår. Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar. Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed. Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi borgenes sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser. Og vi vil forsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for flere fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer. Vi mener, at det er vejen til at skabe mest mulig sundhed for alle borgerne i regionen.

Tæt samspil med borgerne

Borgere, der rammes af sygdom, har en naturlig forventning om at blive mødt af et sundhedsvæsen, der tager afsæt i den enkeltes behov, ønsker og ressourcer. Tilsvarende er der mange pårørende, som også kan have behov for støtte. Vi ved også, at et afsæt i borgerens og de pårørendes behov og ønsker giver bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse. Vi vil derfor skabe det nødvendige rum til et aktivt samspil med borgerne. Borgere og pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag. I de individuelle forløb vil vi møde borgerne og deres og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter, anerkender og handler ud fra deres viden og ønsker.

Mere sundhed for pengene

Hele sundhedsvæsenet er under stigende pres, og ressourcerne er knappe. Opgaverne skal derfor løses, hvor det er mest effektivt for samfundsøkonomien og giver mest værdi for borgerne. Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem klare snitfladebeskrivelser og tydelig ansvarsfordeling, ved kompetenceudvikling eller ved, at vi fletter vores indsatser endnu mere sammen.

Principper for samarbejdet

Den nuværende sundhedsaftale beskriver en række principper for samarbejdet. De er udarbejdet med afsæt i de erfaringer, som er opnået gennem 15 års samarbejde om sundhedsaftaler.

Tværasektoriel strategisk styregruppe finder, at de nuværende principper stort set kan videreføres, således at de også er handlingsanvisende for samarbejdet om udfoldelse og konkretisering af Sundhedsaftale 2024-2027.

Dog foreslås, at der indarbejdes mindre justeringer, så der sættes mere fokus på behov for datadeling og samarbejde om de aktuelle udfordringer med at rekruttere og fastholde medarbejdere på sundheds- og omsorgsområderne.

Principperne i den nuværende sundhedsaftale er:

Borgerne med fra start

Vi inviterer borgerne med fra start, når vi udvikler og udfolder vores fokusområder og aftaler konkrete indsatser. Deres unikke viden og perspektiv skal bidrage til, at vi fastholder fokus på at sikre værdi for borgeren. De kan udfordre vores sprog, kultur og rammer, så vi bliver bedre til at inddrage og tilrettelægge forløb på borgernes præmisser.

Helhedssyn

Når vi udvikler modeller for vores samarbejde, er omdrejningspunktet borgernes – og især sårbare borgernes - samlede behov og livssituation. Vi vil udvikle og udbrede nye organisatoriske tilgange og samarbejdsformer, når vi kan se at det vil skabe mest værdi for borgerne og fremmer lighed i sundhed.

Samme høje kvalitet

Vi vil arbejde for, at alle borgere i hele regionen møder et sundhedsvæsen med ensartet og høj kvalitet i sundhedstilbuddene. Samtidig skal der være rum til udvikling af lokale løsninger, fordi der er forskelle i de udfordringer og muligheder, der er i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor inden for de enkelte planområder. Vi vil derfor aftale fælles kvalitetsmål og standarder, og vi åbner for, at der kan være forskel i valg af metoder.

Effektiv ressourceudnyttelse

Vi skal tilrettelægge opgaverne, så de placeres efter princippet om laveste effektive omkostningsniveau til gavn for borgerne fremfor traditionelle sektor- og faggrænser. Ved ændring af opgavevaretagelsen mellem kommuner, region og praksissektor, skal de økonomiske konsekvenser være klarlagt. Det skal give gennemsigtighed og over tid en rimelig balance i økonomien mellem kommuner, region og praksissektor.

Fælles kompetenceudvikling

Udviklingen i sundhedsvæsenet og de aftaler vi indgår i Sundhedsaftalen stiller nye og store krav til vores medarbejders faglige og relationelle kompetencer, men også til rekrutteringen af kommende medarbejdere. Når vi udfolder vores indsats, skal vi have blik for, hvordan vi skaber attraktive arbejdspladser inden for det samlede sundhedsvæsen. Og vi skal have fokus på medarbejdernes behov for kompetenceudvikling.

Klar opgave- og ansvarsfordeling

Vi skal sikre, at det sundhedsfaglige og socialfaglige personale ved, hvem der skal gøre hvad, og hvornår. Det gælder både den organisering vi har i dag og ved nye løsninger, der nedbryder de eksisterende organisatoriske skel. Ved flytning af opgaver laver vi samarbejdsaftaler, der blandt andet tydeligt beskriver det lægelige behandlingsansvar, ansvarsfordelingen og økonomi.

Sammenhængskraft

Vi skal have fokus på, at vi ved at øge kendskab til hinandens opgaver, handlemuligheder, sprog og kultur kan styrke samarbejdskultur og sammenhængskraft. Det vil være en løftestang for det fortsatte arbejde med den gode kommunikation og sikre sammenhængende patientforløb, og ikke mindst en forudsætning for at lykkes med at nedbryde siloerne.

Fælles ansvar for borgernes sundhed

Vi skal både have fokus på at løfte den samlede befolknings sundhed og at tilgodese særlige målgrupper, når vi udfolder fokusområder. Volumen og mulige effekter skal indgå i vores overvejelser.

Sundhedsaftalens fokusområder

Fokusområderne i den nuværende Sundhedsaftale 2019-2023 favner bredt og adresserer fortsat aktuelle udfordringer på sundhedsområdet i hovedstadsregionen, ligesom de fortsat udgør en ramme, som skaber rum for løbende videreudvikling. Sundhedskoordinationsudvalget har på den baggrund anbefalet, at de tre fokusområder videreføres i den kommende sundhedsaftale for 2024-2027:

- Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom
- Sammen om borgere med psykisk sygdom
- Sammen om børn og unges sundhed.

I foråret 2022 kom Sundhedsprofil 2021. Den tegner på mange områder et bekymrende billede af helbredstilstand blandt borgerne i Region Hovedstaden. Det gælder både den fysiske og mentale sundhed.

I Sundhedskoordinationsudvalget var der enighed om, at udviklingen kalder på et tættere og bredere tværsektorielt samarbejde om forebyggelse. Et bredt fokus på forebyggelse udgør også en naturlig del af sundhedsklyngers opgaver i forhold til det fælles populationsansvar.

Sundhedskoordinationsudvalget anbefalede, at forebyggelse bliver omdrejningspunktet for samarbejdet inden for alle fokusområder.

Tværasektoriel strategisk foreslår derudover opprioritering af samarbejdet mellem psykiatrien og socialpsykiatrien i forhold til borgere med psykisk sygdom, så området opnår samme opmærksomhed som samarbejdet inden for somatikken. Endvidere er foreslået opprioritering af samarbejdet om børn og unges mentale trivsel.

Beskrivelser af fokusområder i den nuværende sundhedsaftale:



Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

For borgere med en eller flere kroniske sygdomme er sammenhæng i indsatsen en særlig udfordring.

Samtidig ved vi, at den ældre borger er i stor risiko for at blive indlagt af grunde, der kunne være forebygget gennem en tidligere og mere koordineret indsats, eller fordi der i den akutte situation ikke findes gode alternativer til indlæggelse.

For den ældre borger skaber mange indlæggelser utryghed, og er en stor indgriben i deres hverdagsliv med risiko for tab af funktionsevne.

Vi skal derfor sikre, at alle borgere oplever en tryk behandling og pleje af høj kvalitet, og når det er muligt sætte ind med en hurtig indsats lokalt eller i borgerens eget hjem.

Det er vores mål, at

- Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker.
- Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.



Sammen om borgere med psykisk sygdom

Cirka hver 5. borger lever et liv med psykisk sygdom.

Hverdagslivet er for mange borgere med psykisk sygdom præget af mange og komplekse udfordringer, og de har derfor brug for flere indsatser – ofte på tværs af de kommunale forvaltningsområder, den regionale behandlingspsykiatri, hospitaler og almen praksis. Mange oplever et forløb, der ikke hænger sammen eller tager højde for den enkeltes behov.

Borgere med svær psykisk sygdom har en større dødelighed end befolkningen generelt. Det er der mange årsager til, men manglende behandling af somatiske sygdomme spiller en stor rolle.

Det er vores mål, at

- Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom.
- Alle borgere skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.



Sammen om børn og unges sundhed

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet, og derfor skal vi have langt større fokus på tidlige forebyggelsesindsatser.

Vi ved, at den rette støtte til moderen – til forældrene – allerede under graviditeten og i barnets første leveår kan fremme barnets trivsel og udvikling. For gravide og familier med sociale problemstillinger eller psykiske udfordringer er det en særlig udfordring at få den støtte, som de har behov for. Det handler om at sikre en tidlig koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Vi ved også, at stadig flere børn og unge mistrives i deres hverdag, og vi ser en stor stigning i børn og unge, som udredes eller behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er en udvikling, vi tager

meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.

Det er vores mål, at

- Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer.
- Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Den 4. maj 2022

Til forhandlingspartnerne af Overenskomst om almen praksis

Henvendelse til forhandlingspartnerne af Overenskomst om almen praksis vedrørende faste læger på plejehjem

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden har på møde den 17. december 2021 drøftet faste læger på plejehjem, når honoreringen af de faste læger kommer ind i Overenskomst om almen praksis.

Praksisplanudvalget ønsker med dette brev at indgå i dialog med forhandlingspartnerne om muligheden for i særlige situationer at kunne indgå lokale aftaler, der supplerer overenskomsten, når det i samarbejde med kommunerne vurderes nødvendigt for at opretholde serviceniveau, rekruttere og fastholde faste læger på plejehjem (plejehjemslæger).

PLO-H og kommunernes erfaringer er, at plejehjemslæger er med til at sikre sammenhæng, kontinuitet og trygge behandlingsforløb for vores mest sårbare, ældre og svækkede borgere. Samtidig er erfaringen, at plejehjemslægerne bidrager til at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser og dermed til at mindske presset på hospitalsvæsenet.

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden hilser det velkomment, at ordningen med plejehjemslæger er blevet en del af overenskomsten mellem RLTN og PLO. Det kan bidrage til, at flere plejehjem får tilknyttet en praktiserende læge.

PLO-H og de kommunale repræsentanter i praksisplanudvalget, har konstateret, at overenskomsten har skabt en særlig problemstilling i Region Hovedstaden, der betyder en forringelse af det hidtidige serviceniveau for lægebetjening på plejehjem i forhold til den tidligere aftale. Dels ved, at antallet af læger tilknyttet samme plejecenter nogle steder stiger. Dels ved, at der kan være færre timer til rådgivning på det enkelte plejecenter. Det vil forringe kvaliteten i ordningen for de berørte plejecentre, og plejehjemspersonalet skal bruge mere tid på koordinering og kontakt til lægerne.

Udfordringen er bl.a., at den nye overenskomst lægger op til, at der i udgangspunkt kun afsættes 2-3 timer om måneden til faglig sparring på plejehjemmene.

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden finder det bekymrende, at overenskomsten vil kunne medvirke til at serviceniveauet reduceres bl.a. ved at der bliver tilknyttet flere plejehjemslæger på plejehjemmene. Erfaringerne fra pilotprojektet¹ bag plejecenterordningen viser tydeligt, at samlingen af plejehjemsbeboere hos én læge kan resultere i en reduktion af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser.

Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden frygter ligeledes, at en reduktion i antallet af timer lokalt vil betyde udfordringer med at rekruttere læger til ordningen, da nogle kommuner allerede oplever problemer med at fastholde læger efter overgangen til ny overenskomst.

¹ Evaluering af fast tilknyttede læger på plejecentre – et pilotprojekt, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Punkt nr. 7 - Orientering: RLTN og PLOs svar på henvendelse fra Praksisplanudvalget om faste læger på plejehjem Bilag 1 - Side -2 af 2

Derfor ønsker Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden, at der bliver åbnet for mere fleksibilitet i ordningen, så de enkelte kommuner ved behov kan indgå lokale aftaler med PLO om følgende:

- Tilkøb af kommunalt finansierede timer til faglig sparring ud over timerne i overenskomsten.
- Mulighed for at øge antallet af beboere på plejehjem, som den enkelte plejehjemslægge må varetage.

Overenskomstens dispensationsmulighed jf. § 63, stk. 2 tilgodeser ikke det lokale behov blandt praktiserende læger og kommuner. Dels fremgår det, at regionen kun undtagelsesvist kan dispensere. Dels er det vanskeligt for kommunerne og lægerne at indgå en kontrakt, der er baseret på en efterfølgende dispensation fra regionen med de usikkerheder, der er forbundet hermed.

På den baggrund ønsker Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden en dialog med overenskomstens parter om løsning af de to ovennævnte udfordringer.

Med venlig hilsen



Peder Reistad
Formand for PLO-H



Lars Gaardhøj
Regionsrådsformand i
Region Hovedstaden



Sisse Marie Welling
Sundheds- og Omsorgsborgmester i
Københavns Kommune

20-09-2022

EMN-2021-01282

1576075

Jane Holm

Svar til Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden på henvendelse om faste læger på plejehjem

Overenskomstens parter takker for jeres brev af 4. maj 2022, hvor I beskriver en særlig problemstilling, der betyder en forringelse af det hidtidige serviceniveau for lægebetjening på plejehjem ift. den tidligere aftale.

I ønsker, at der åbnes op for mere fleksibilitet i aftalen, så der skabes mulighed for ved behov lokalt at indgå aftale om følgende:

- Tilkøb af kommunalt finansierede timer til faglig sparring ud over timerne i overenskomsten
- Mulighed for at øge antallet af beboere på plejehjem, som den enkelte plejhjemslæge må varetage.

Parterne drøftede jeres henvendelse på møde den 21. juni 2022.

Der var ikke enighed mellem parterne om at lempe vilkårene i overenskomstaftalen om faste læger på plejehjem. De respektive vurderinger og begrundelser fremgår af den vedlagte sagsfremstilling, som også indeholder et beslutningsreferat.

På vegne af overenskomstparterne RLTN og PLO

Jane Holm
Chefrådgiver

5 (Offentlig) Henvendelse fra Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden vedr. justering af ordning om plejehjemslæger

Jane Holm
EMN-2022-00414

Resumé

Parterne har modtaget en henvendelse fra Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden som ønsker en drøftelse af bestemmelserne i overenskomsten om plejehjemslægeordningen, idet der er behov for mere fleksibilitet, så de enkelte kommuner ved behov kan indgå lokalaftaler med PLO om tilkøb af timer og mulighed for at øge antallet af beboere på plejehjem som den enkelte læge må varetage.

Indstilling

Det indstilles,

at parterne drøfter henvendelsen fra de regionale parter i Hovedstaden om plejehjemslægeordningen.

Sagsfremstilling

Henvendelse fra de regionale parter i Hovedstaden

De regionale parter i Hovedstaden: PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden og Københavns Kommune har sendt en henvendelse til parterne i Overenskomst om almen praksis, PLO og RLTN af 4. maj 2022. Henvendelsen angår den centrale plejehjemsordning, der blev indført i Overenskomsten med OK22 pr. 1. januar 2022.

De regionale parter peger på, at de under den tidligere lokale aftale i Hovedstaden havde større fleksibilitet til at indgå aftaler med lægerne om varetagelse af plejehjemslægefunktionen, og at et Pilotprojekt gennemført af SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, viser at samlingen af plejehjemsbeboere hos én læge kan resultere i en reduktion af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser.

De regionale parter frygter, at den centrale overenskomstaftale om plejehjemslægeordning vil betyde en reduktion i antallet af timer, som plejehjemslægerne kan levere set i forhold til før OK22's ikrafttræden, og at det vil føre til en serviceforringelse i forhold til tidligere. De regionale parter frygter ligeledes at stå overfor rekrutteringsudfordringer blandt lægerne efter overgangen til de nye regler.

Punkt nr. 7 - Orientering: RLTN og PLOs svar på henvendelse fra Praksisplanudvalget om faste læger på plejehjem Bilag 3 - Side -2 af 4

Derfor ønsker Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden, at der bliver åbnet for mere fleksibilitet i ordningen, så de enkelte kommuner ved behov kan indgå lokale aftaler med PLO om følgende:

- Tilkøb af kommunalt finansierede timer til faglig sparring ud over timerne i overenskomsten.
- Mulighed for at øge antallet af beboere på plejehjem, som den enkelte plejhjemslæge må varetage.

Overenskomsten og Forhandlingsaftalen om plejhjemslægeordningen

Plejehjemslægeordningen, som tidligere har været baseret på en midlertidig trilateral aftale mellem KL, Danske Regioner og PLO finansieret med finanslovsmidler, er med OK22 blevet en del af Overenskomsten om almen praksis i § 63. Bestemmelsen indeholder en mulighed for dispensation:

Stk. 2.

En læge kan kun være tilknyttet ét plejehjem/plejhjemsafsnit. I tilfælde af udfordringer med at rekruttere læger til plejhjemordningen, kan regionen undtagelsesvist dispensere, så en læge kan være plejhjemslæge på flere plejhjem/plejhjemsafsnit. Dispensationen kan rumme ændrede vilkår for antallet undervisningstimer ud fra en vurdering af, hvad den enkelte læge har kapacitet til at tilbyde personalet på plejhjemmet.”

Overenskomtparterne har i forbindelse med forhandlingerne af OK22 afklaret spørgsmålet om muligheden for at supplere den nationale plejhjemslægeordning via lokale aftaler. Parterne har jf. nedenstående tekst fra Forhandlingsaftalen besluttet, at det ikke skulle være muligt at indgå supplerende individuelle konsulentkontrakter mellem læger og kommuner/plejhjem i forbindelse med varetagelsen af plejhjemslægerollen.

Fra Forhandlingsaftalen, Bilag 2 – Protokollat om fast tilknyttet læge på plejhjem:

Der kan ikke i tillæg til dette protokollat indgås individuelle (konsulent)kontrakter mellem læge og kommune/plejhjem i forhold til varetagelse af rollen som fast tilknyttet læge på plejhjem eller plejhjemsafsnit/afdeling.

PLO's vurdering

PLO er indstillet på at finde en løsning med RLTN, som kan imødegå udfordringer, som de regionale parter møder i Hovedstaden, når de skal sikre plejhjemslæger til Københavns Kommune. PLO er interesseret i, at plejhjemslægeordningen bliver udbredt til hele landet i overensstemmelse med intentionerne fra Forhandlingsaftalen om, at ordningen bør udbredes fra at ca. 66 % af landets kommunale plejhjem havde en plejhjemslæge i 2021 til at 80 % har en plejhjemslæge ved udgangen af 2023, jf. Forhandlingsaftalen, side 58, Bilag 2 – Protokollat om fast tilknyttet læge på plejhjem.

RLTN's vurdering

RLTN finder ikke, at det skal være muligt at aftale andre vilkår lokalt for plejhjemordningen end de, som er aftalt ved i den centrale forhandlingsaftale af 21. juni 2021.

**Punkt nr. 7 - Orientering: RLTN og PLOs svar på henvendelse fra
Praksisplanudvalget om faste læger på plejehjem
Bilag 3 - Side -3 af 4**

RLTN ønsker endvidere ikke at ændre i overenskomstens aktuelle bestemmelser om, at hvis et plejehjem opdeles i flere afsnit, skal det være af minimum 30 beboere, og at ordningen i så fald maksimalt kan indebære 3 undervisningstimer.

Der lægges vægt på, at kommunerne i samarbejde med regionen kan vælge ikke at opdele et plejehjem i afsnit, hvis der ønskes større afsnit med mere kontinuitet i ordningen. Meget store afsnit/plejehjem kan dog gå ud over kvaliteten overfor den enkelte plejhjemsbeboer og tilgængeligheden overfor andre patienter i lægens praksis, idet det forudsætter et stort antal sygebesøg til plejehjemmet. Ved store afsnit/store plejehjem forudsættes en vis synergi ift. behovet for undervisningstimer overfor personalet på plejehjemmet, da der ikke er et lineært forhold mellem antallet af beboere og antallet af personale. Dette bestyrkes af, at RLTN finder det usandsynligt, at en enkelt læge systematisk måned efter måned kan levere mere end tre undervisningstimer til personalet på plejehjemmet.

Hvis det i et område er svært at rekruttere læger til ordningen, fx så den aftalte dækningsgrad vanskeligt kan opnås, har parterne allerede valgt at dispensere i overenskomsten, så en enkelt læge kan varetage flere plejhjemsafsnit og dermed aftale et højere antal undervisningstimer, fx 4 eller 5.

Den videre proces

De regionale parter i Hovedstaden ønsker en dialog med Overenskomstens parter om løsningen af de nævnte udfordringer og en stillingtagen til deres forslag.

Parterne udarbejder via sekretariatene et fælles svar til de regionale parter i Hovedstaden.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

**Punkt nr. 7 - Orientering: RLTN og PLOs svar på henvendelse fra
Praksisplanudvalget om faste læger på plejehjem
Bilag 3 - Side -4 af 4**

Det blev besluttet at udarbejde et skriftligt svar til Praksisplanudvalget i Region Hovedstaden om, at sagen har været behandlet på nærværende møde, og at der mellem parterne ikke var enighed om at ændre i overenskomsten, således at det som ønsket af hovedstadens parter bliver muligt for kommunerne at tilkøbe kommunalt finansierede timer til faglig sparring eller til at øge antallet af beboere som den enkelte plejhjemslæge mål varetage. I svaret vedlægges sagsfremstillingen, hvor der indgår en vurdering fra både PLO og RLTN.

PLO gjorde opmærksom på, at der kan være behov for en individuel aftale mellem kommune og plejhjemslæge vedr. konsulentfunktion, hvis plejhjemslæger medvirker til databaseret kvalitetsarbejde, fx statistikker om genindlæggelser mm. Denne type aktivitet er i udgangspunktet ikke indeholdt i den overenskomstmæssige ydelse om honorering for undervisning af personalet. Databaseret kvalitetsudvikling kan dog ikke træde i stedet for de timers undervisning, som lægen har forpligtet sig til iht. overenskomstaftalen.

Det er ikke RLTN's opfattelse, at det er i overensstemmelse med Sundhedsloven, at lokalaftaler indgås mellem kommune og læge, hvis de er overenskomstsupplerende og ligger indenfor Sundhedslovens område. Aftaleparterne for lokalaftaler om almen praksis er regionen og fx PLO-R. Behov for databaseret kvalitet anbefales drøftet i de kommende sundhedsklynger, og der bør i en evt. aftale foreligge et konkret formål og produkt af indsatsen.

Bilag

1. Henvendelse fra PPU til RLTN vedr plejhjemslæger maj 2022 (1557472 - EMN-2022-00414)