

Praksisplanudvalget

MØDETIDSPUNKT

27-05-2016 11:30

MØDESTED

Mødelokale H7 / H8 på regionsgården

MEDLEMMER

Formand Per Seerup Knudsen

Næstformand Erik Sejersten

Rådsmedlem Flemming Pless

Borgmester Ninna Thomsen, Københavns Kommune

Borgmester Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune

Afbud

Borgmester Helle Adelborg, Hvidovre Kommune

Kommunalbestyrelsesmedlem Birgit Roswall, Gribskov Kommune

1. viceborgmester Kirsten Jensen

Formand PLO-Hovedstaden Flemming Skovsgaard

Næstformand PLO-Hovedstaden Line Soot

Bestyrelsen PLO-Hovedstaden Benny Ehrenreich

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Velkommen til nye udvalgsmedlemmer
3. Rekruttering og fastholdelse
4. Orientering om aftale om decentrale forhandlinger mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn
5. Orientering om lokalaftale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger
6. Orientering om etablering af specialistrådgivning som del af udmøntningen af nationale kræftmidler
7. Status på lægedækning i sårbare områder
8. Status for brug af FMK aftalen
9. Orientering om patientinddragelsesudvalgets programerklæring
10. Orientering om Region Hovedstadens Hospitalers overgang til sundhedsplatformen
11. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at dagsordenen godkendes.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

2. VELKOMMEN TIL NYE UDVALGSMEDLEMMER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Borgmester for Brøndby Kommune, Ib Terp, er udtrådt af Praksisplanudvalget og istedet er indtrådt 1. viceborgmester for Hillerød Kommune, Kirsten Jensen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget byder velkommen til nye medlemmer af udvalget.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

3. REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Efter drøftelse på møde i Praksisplanudvalget den 5. februar 2016 har der været afholdt en række møder mellem PLO-Hovedstaden og regionale medlemmer af PPU om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger i regionen. På baggrund af møderne er der udarbejdet et fælles notat, som ønskes drøftet med henblik på godkendelse.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget godkender papir om rekruttering og fastholdelse.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Punktet indledes med oplæg af læge Aske Taudorf om hvad yngre almen medicinere eller næsten færdigtuddannede almen medicinere ønsker sig for at starte i praksis.

Praksisplan for almen praksis 2015-2019 og rekruttering og fastholdelse

Det er i praksisplanen et indsatsområde at afhjælpe og forebygge rekrutteringsproblemer ved at gøre det mere attraktivt at praktisere i sårbare områder uanset om de er sårbare på grund af geografi eller høj andel af sårbare borgere.

Som led i implementeringen af praksisplanen nedsættes i første halvår 2016 en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal samle viden om muligheder og barrierer for at understøtte almen praksis i områder med mange sårbare borgere og komme med konkrete forslag til tiltag.

Der skal desuden i 2016 udarbejdes en ny model for lægedækning, der tager højde for ulighed i sundhed, med udgangspunkt i relevante data. Målet med modellen er bl.a. at reducere ulighedens betydning for rekruttering til de sårbare områder.

I praksisplanen er følgende områder udpeget som sårbare: Bornholm, Brønshøj-Husum, Halsnæs og vestegnen. Lægedækningsundersøgelsen 2016 viste en tilfredsstillende lægedækningen, men bekræftede desuden, at der er udfordringer i disse konkrete områder. Regionen, PLO-Hovedstaden og de relevante kommuner arbejder sammen om at finde konkrete løsninger, hvor der er udfordringer.

Møde med PLO-Hovedstaden om rekruttering og fastholdelse

Der blev på baggrund af drøftelse af lægedækningsundersøgelsen på møde i Praksisplanudvalget den 5. februar 2016 aftalt møde mellem PLO-H og regionale medlemmer af PPU om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Fra Region Hovedstaden har formand Per Seerup Knudsen (A) og næstformand, Erik Sejersten (V) deltaget. Møderne har resulteret i et notat med mulige tiltag til at øge rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger.

I notatet fremgår en række forslag under følgende emner (se bilag):

- | Udvidet støtte til lægehuse
- | Flyttehjælp /Boliger
- | Fordeling af - og tilskud til uddannelseslæger
- | Økonomiske incitamenter
- | Støtte til praksisfunktioner
- | Faglige rammebetingelser
- | Flexibilitet og individualisering
- | Branding af almen praksis i udkantsområder og sårbare områder
- | Enkeltinitiativer

Forslagene er nærmere beskrevet, inklusiv konklusioner, som anviser handlemuligheder. En del forslag

henvises til drøftelser med kommunerne, en del er omfattet af overenskomsten og henvises til drøftelse i samarbejdsudvalget, og så er der andre forslag, som parterne overvejer at igangsætte projekter på.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Fælles notat om rekruttering og fastholdelse

4. ORIENTERING OM AFTALE OM DECENTRALE FORHANDLINGER MELLEM PLO OG REGIONERNES LØNNINGS- OG TAKSTNÆVN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

De centrale parter PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) har indgået en aftale om implementering af decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi mv.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget tager orienteringen om aftale om decentrale forhandlinger mellem PLO og RLTN til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

PLO og RLTN har konstateret, at det ikke er lykkedes de lokale parter at indgå decentral aftale om henholdsvis sygebesøg og samtaleterapi, som aftalt i forhandlingsaftalen mellem RLTN og PLO af 1. marts 2014. Derfor har parterne aftalt, at forhandlingsaftalen præciseres i aftale om implementering af decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi. Parterne er enige om, at formålet med indgåelsen af aftalen er, at der snarest muligt indgås decentrale aftaler om sygebesøg og samtaleterapi med den fælles hensigt, at der gives tilstrækkelig tid til at indhøste erfaringer med decentrale aftaler indenfor området sygebesøg og samtaleterapi. Aftalen omhandler desudengenerelle bestemmelser, der kan indgå i den underliggende aftale om andre ydelser.

Aftalen om sygebesøg og samtaleterapi omfatter:

- 1 en 2-årig aftale med mulighed for 6 måneders opsigelse under særlige omstændigheder,
- 1 aftalerne skal være indgået inden udgangen af 3. kvartal 2016,
- 1 ved opsigelse eller manglende indgåelse af ny aftale sker der en tilbageførsel af midlerne til den centrale ramme og en ikrafttrædelse af de nuværende bestemmelser i overenskomsten om sygebesøg og samtaleterapi,
- 1 bortfald af decentrale aftaler medfører bortfald af de nye midler fra kommuner og regioner (200 mio. kr.).

Aftalen fremgår af bilag 1.

Aftalemodellen forventes anvendt ved indgåelse af aftaler om implementering af statslige tiltag (plejehjemslæger m.v.).

Det kan oplyses, at forhandlingerne er aftalt genoptaget i Det Teknisk Forhandlingsudvalg den 8. juni 2016.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Det videre forløb aftales på møde i Teknisk Forhandlingsudvalg den 8. juni 2016.

JOURNALNUMMER

15000704

BILAGSFORTEGNELSE

- 1. Underskrevet aftale
- 2. Generelle bestemmelser der kan indgå i underliggende aftaler

5. ORIENTERING OM LOKALAFTALE OM HONORERING AF PRAKTISERENDE LÆGER FOR SOMATISK SUNDHEDSTJEK TIL SIKREDE MED UDVIKLINGSHÆMNING ELLER PSYKIATRISKE PROBLEMSTILLINGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

PLO-Hovedstaden og Allerød, Egedal og Københavns Kommuner har indgået lokalaf tale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek på sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger. Aftalen er godkendt i Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe, og Praksisplanudvalget orienteres om sagen, jf. sundhedsloven.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget tager orientering om lokalaf tale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

For at forbedre den somatiske sundhedstilstand for sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger ønsker Allerød, Egedal og Københavns Kommuner, at der udføres et særligt sundhedstjek med et års mellemrum i alt to gange. Aftalen er vedlagt som bilag.

Aftalen omfatter 376 praktiserende læger i de 3 kommuner. Ca. 300 borgere i Københavns Kommune og i alt ca. 80 borgere i Allerød og Egedal Kommuner. Sundhedstjekket omfatter blodprøver, som analyseres på regionens laboratorier, og der indgås en særskilt aftale herom.

Lægerne fremsender regning for sundhedstjekket til kommunerne. Kommunerne skal endvidere finansiere blodprøvetagninger og blodprøveanalyser. Aftalen er dermed udgiftsneutral for Region Hovedstaden.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Aftalen er klar til underskrift, og den 23. maj 2016 afholdes der møde mellem de 3 kommuner og regionsadministrationen om indgåelse af aftale om finansiering af blodprøvetagninger og blodprøveanalyser.

JOURNALNUMMER

16027147

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Aftale om somatisk sundhedstjek

6. ORIENTERING OM ETABLERING AF SPECIALISTRÅDGIVNING SOM DEL AF UDMØNTNINGEN AF NATIONALE KRÆFTMIDLER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med den forrige regerings flerårige sundhedsstrategi ”Jo før - jo bedre”, nu kendt som sundhedsstrategien, er der nationalt afsat midler til et løft af kræftindsatsen. I udmøntningsplan for kræftinitiativer i regeringens sundhedsstrategi, beskrives rammerne for de forskellige initiativer, som samlet skal bidrage til et løft af kræftindsatsen over de kommende år frem til 2018. Specialistrådgivning til praktiserende læger er beskrevet eksplicit i udmøntningsplanen.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstaden finder det vigtigt at understøtte specialistrådgivning indenfor kræftområdet til praktiserende læger. Der er derfor gennem det sidste halve år blevet arbejdet på at konkretisere specialistrådgivningen i regionen, og der foreligger nu en plan for indhold og udrulning fra 1. juni 2016. Regionens Forum for sundhedsplanlægning og tværsektorielt samarbejde (FST) har godkendt, at rådgivningsfunktionerne etableres den 1. juni 2016. Regionsrådet har afsat 8 mio. kr. årligt 2016-2018 til specialistrådgivningen, som finansieres af de afsatte nationale kræftmidler.

Den øgede specialisering og bl.a. etablering af fælles visitationsenheder i regionen (CVI'er) har medført, at der til tider kan være langt fra fx almen praksis til den relevante hospitalsspecialist. For at sikre adgang til specialiseret rådgivning til almen praksis herunder at understøtte samspillet mellem henvisende læger (primært almen praksis) og hospitalsspecialisterne, er der udviklet ti specialist-rådgivningsfunktioner på kræftområdet. Derved (gen)etableres den tætte dialog mellem relevante læger i et konkret patientforløb, samtidig med at sammenhængende udredningsforløb uden 'unødvendig ventetid' understøttes.

Specialistrådgivningsfunktionerne skal levere rådgivning og sparring om udredning af patienter med mistanke om kræftsygdom. Der er endvidere lagt stor vægt på, at den dialog, funktionen skal understøtte, skal være gensidig, således at erfaringer og input fra fx almen praksis i lige så høj grad er en del af dialogen.

De ti nye specialist-rådgivningstelefoner dækker hver et organspecifikt område, og det er et krav, at de dækker henvendelser fra hele regionen.

Specialist-rådgivningsfunktionerne tildeles følgende telefonnumre:

- 3869 7750: Brystkræft (i regi af en mammakirurgisk afdeling), HGH
- 3869 7751: Urologiske kræftformer (i regi af en urologisk afdeling), HGH
- 3869 7752: Tyk- og endetarmskræft (i regi af en kirurgisk afdeling), HVH
- 3869 7753: Lungekræft (i regi af en lungemedicinsk enhed), BFH
- 3869 7754: Modernærkekkræft (i regi af en dermatologisk afdeling), BFH
- 3869 7755: Hjernekræft (i regi af en neurologisk afdeling), NOH
- 3869 7756: Hovedhalskræft (i regi af en øre/næse/hals afdeling), RH
- 3869 7757: Gynækologisk kræft (i regi af en gynækologisk afdeling), RH
- 3869 7758: Øvre mave tarmkræft (i regi af en kirurgisk afdeling), RH
- 3869 7759: Hæmatologisk kræft (i regi af en hæmatologisk afdeling), RH

Åbningstiden bliver 8-15 alle dage.

Udover de ti nye specialist-rådgivningstelefoner har regionen siden april 2012 haft specialist-rådgivningsfunktion i tilknytning til regionens fire diagnostiske enheder. Disse fastholdes uændret.

Regionsadministrationen arbejder sammen med Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H) på en projektplan for udmøntning af kræftindsatsen i sundhedsstrategien vedrørende kompetenceudvikling og efteruddannelse i relation til almen praksis. Projektplanen forventes forelagt Praksisplanudvalget på udvalgets møde i oktober 2016.

Forslaget om specialistrådgivning ligger i øvrigt i forlængelse af arbejdet med Region Hovedstadens praksisplan for almen praksis 2015-2019. I praksisplanen er netop fokus på at understøtte almen praksis, så mere specialiserede opgaver i højere grad kan varetages i almen praksis ligesom der er fokus på at styrke tidlig diagnosticering af bl.a. kræft.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

16022022

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Specialistrådgivning almen praksis og kræft 2016-2018

7. STATUS PÅ LÆGEDÆKNING I SÅRBARE OMRÅDER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Det er et indsatsområde i Praksisplanen for almen praksis 2015-2019 at afhjælpe og forebygge rekrutteringsproblemer ved at gøre det mere attraktivt for læger at praktisere i sårbare områder. Det gælder områder, som er sårbare på grund af deres geografiske placering eller som resultat af en høj andel af sårbare borgere. Følgende områder er i udpeget som sårbare i Region Hovedstaden: Bornholm, Brønshøj-Husum, Halsnæs og vestegnen.

Der gives her en status på indsatser for lægedækningen i disse områder.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Lægedækningssituationen i Brønshøj-Husum (Tingbjerg):

Brønshøj-Husum er fremhævet som sårbart område i Praksisplan for almen praksis 2015-2019. Der er p.t. 14 lægepraksis i Brønshøj-Husum med i alt 19 kapaciteter (1 ubesat). Mange læger nærmer sig pensionsalderen. Derfor er Brønshøj-Husum et af de områder, regionen har særligt fokus på i forhold til lægedækningen. En praksis ophørte den 1. april 2016. I perioden 2013-2016 har fire kapaciteter ikke kunnet overdrages og patienterne er blevet fordelt hos de øvrige læger.

Tingbjerg er et geografisk afgrænset/lukket område i Brønshøj-Husum med store sociale udfordringer. I 2013 havde området to kapaciteter. Den sidste praksis i området lukkede i 2015. Regionen har været i dialog med både Københavns Kommune og PLO-Hovedstaden om lægedækningen i Brønshøj-Husum og særligt Tingbjerg.

Lægedækningssituationen på Bornholm:

Der er pr. 1. maj 2016 ophørt en lægepraksis i Rønne med to kapaciteter, herefter er der i alt ti lægepraksis på Bornholm med i alt 25 kapaciteter. Der er ingen praksis, der aktuelt har åbent for tilgang af nye patienter.

Da den ophørte praksis i Rønne ikke kunne sælges, er de to kapaciteter tilgået regionen.

For at sikre, at de ca. 2.600 patienter som er tilknyttet den lukkede praksis, har adgang til lægehjælp, er der fra 2. maj 2016 etableret et midlertidigt tilbud om lægehjælp på Bornholms Hospital.

Regionen har desuden aftalt med PLO-Hovedstaden - inklusive PLO-Bornholm - og Bornholms Regionskommune at arbejde videre med en række indsatser for at sikre lægedækningen på Bornholm bl.a. aftale om ændret åbne/lukketal.

Lægedækningssituationen i Halsnæs

Der er seks lægepraksis i Halsnæs med i alt 18 kapaciteter, hvoraf to er ubesatte. De to ledige kapaciteter er placeret i Hundested. Fristen for besættelse af de to kapaciteter er udgangen af 2016. Udover de to ledige kapaciteter i Halsnæs Kommune har to praksis tilladelse til delepraksis. Det vil sige, at lægerne har mulighed for at få en ekstra læge tilknyttet til aflastning. Tilladelsen gælder frem til udgangen af 2016. Alle praksis har lukket for tilgang.

For at trække nye læger til området, har PLO-Hovedstaden, Halsnæs Kommune og Region Hovedstaden arrangeret en tur med praksisbesøg og rundvisning i lokalområdet. Parterne har stort fokus på området.

Lægedækningssituationen på vestegnen

Der er ikke lægemangel på vestegnen, men på baggrund af lægernes besvarelser i

lægedækningsundersøgelsen og vurdering af lægernes alder i området, kan der forudses udfordringer med lægedækning i området. Region Hovedstaden er løbende i dialog med kommunerne på vestegnen om situationen.

Albertslund Kommune har i foråret 2016 - med støtte fra Brøndby og Glostrup Kommuner - ansøgt regionen om to ydernumre til det nye sundhedshus i Albertslund. Med samarbejdet mellem de tre kommuner ønskes, at borgerne i de tre kommuner kan få egen læge i sundhedshuset, og at lægerne derudover kan indgå i samarbejde med kommunernes om en række kommunale sundhedsopgaver. Ansøgningen forventes behandlet i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde i juni 2016.

Opslag af nye kapaciteter i Tingbjerg og på Bornholm

På baggrund af lægedækningen i de to førstnævnte områder, besluttede regionsrådet den 8. marts 2016 at opslå to kapaciteter på Bornholm og to kapaciteter i Tingbjerg, Brønshøj-Husum. Der var frist til den 16. maj 2016. Der har ikke været ansøgere til kapaciteterne på Bornholm.

For så vidt angår Tingbjerg tilbyder Københavns Kommune at finde egnede, attraktive lokaler og rådgivning og støtte fra socialrådgiver, samarbejde og udgående funktioner fra det lokale sundhedshus i Vanløse samt samarbejde med lokale aktører og foreninger i Tingbjerg. Der har været én ansøger til opslaget i Tingbjerg. Ansøgeren har dog ikke påbegyndt sin uddannelse som speciallæge i almen medicin. Man skal være speciallæge i almen medicin for at praktisere efter overenskomsten, jf. overenskomstens §11, stk. 1.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

16024523/16023575

8. STATUS FOR BRUG AF FMK AFTALEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstaden, kommunerne i Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden indgik i maj 2015 en aftale om oprydning i forbindelse med igangsættelse af implementering af FMK i kommunerne (FMK-aftalen). Den oprindelge aftale galdt resten af 2015.

Parterne blev i starten af 2016 enige om - med tilbagevirkende kraft - at forlænge aftalen om oprydning i FMK i 4 måneder eller indtil midlerne var brugt. Aftalen ophørte den 30. april 2016. Københavns Kommune var ikke omfattet af forlængelsen.

Der gives her en status for brugen af oprydningsaftalen siden indgåelse af FMK aftalen. Der foreligger endnu ikke data for april 2016. Derfor præsenteres alene data til og med marts 2016.

Der er vedlagt kommunefordelt opgørelse over produktionen af ydelser jf. oprydningsaftalen. I perioden siden aftalens indgåelse i maj 2015 til udgangen af marts 2016 er der produceret 25.901 ydelser i regionen svarende til kr. 7.770.300.

Afregning sker for hver kommune i forhold til antal ydelser, der er blevet leveret til den enkelte kommunes borgere (forbrugstal). Da afregning sker i forhold til forbrugstal frem for produktionstal, kan beløbene, der anvendes som baggrund for afregning med hver enkelt kommune, afvige marginalt i forhold til vedlagte opgørelse.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Opfølgning FMK Region H - marts incl. 2016

9. ORIENTERING OM PATIENTINDDRAGELSESUDBALGETS PROGRAMERKLÆRING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Patientinddragelsesudvalget har udarbejdet en programerklæring, som her forelægges Praksisplanudvalget til orientering.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget tager Patientinddragelsesudvalgets programerklæring til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg (PIU) blev nedsat den 20. juni 2014 i henhold til Bekendtgørelsen om patientinddragelsesudvalg under Sundhedsloven. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 24. marts 2014, og der er nu nedsat et PIU i hver af de fem regioner, som fungerer frem til udgangen af aftaleperioden for Sundhedsaftalen 2015-2018.

Udvalget består af 8 medlemmer, der er udpeget af Ældre Sagen (1 medlem), Regionsældrerådet (1 medlem), Danske Patienter (3 medlemmer) og Regionshandicaprådet (3 medlemmer). Udvalget betjenes af Region Hovedstadens Center for Sundhed.

Udvalgets primære formål er at indgå i arbejdet med ny praksisplan og sundhedsaftalen. Udvalget kan derudover tage emner op, som er relevante for sammenhængen i patientforløb.

I sine snart to leveår har PIU været en aktiv spiller i både sundhedsaftalearbejdet som høringspart og også som deltager i arbejdsgrupper. Det gælder også i ny praksisplan for almen praksis, hvor udvalget udover høringsbidrag, har deltaget i temagrupper og kommenteret på tekstafsnit. I forbindelse med nye praksisplaner for fodterapi og kiropraktik har udvalget, ud over at være høringspart, været repræsenteret på inspirationsmøder og fået tekstafsnit vedr. brugerinddragelse til kommentering.

Det er aftalt, at der årligt holdes et formandsskabsmøde mellem formænd og næstformænd for PIU, SKU og PPU.

Udover de opgaver, der er beskrevet i bekendtgørelsen, har PIU deltaget aktivt som pannedeltagere i diverse tværsektorielle konferencer og seminarer.

I efteråret 2015 besluttede udvalget at skrive en programerklæring for at styrke og fokusere udvalgets arbejde og sætte klare pejlemærker for de områder, som udvalget især ønsker at prioritere.

De udvalgte fokusområder er:

- 1 Brugerinddragelse.
- 1 Tilgængelighed (og indsigt).
- 1 Lighed i sundhed.
- 1 Sammenhængende forløb.

Udover fokusområderne har PIU lagt vægt på at beskrive sit arbejdsgrundlag, som handler om præmisserne for god organisatorisk brugerinddragelse, og sin arbejdsform med vægt på rimelige høringsfrister og rettidig inddragelse.

PIU stiller gerne op som brugerrepræsentanter i arbejdet med udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

14002206

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Programerkæring for Patientinddragelsesudvalget 2016-2018

10. ORIENTERING OM REGION HOVEDSTADENS HOSPITALERS OVERGANG TIL SUNDHEDSPLATFORMEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Fra medio 2016 til medio 2017 overgår Region Hovedstadens Hospitaler til sundhedsplatformen. Der orienteres her om processen med fokus på det tværsektorielle samarbejde.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at Praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Fra medio 2016 til medio 2017 overgår Region Hovedstadens Hospitaler til sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen er en ny digital løsning, der samler alle informationer om patienten i én elektronisk journal. Der er tale om Danmarks største sundheds-it-projekt, der moderniserer hospitalernes it, forenkler arbejdsgange og samler informationer for patienter ét sted. Moderniseringen medfører en omfattende omstilling af arbejdsgange på hospitalerne. Sundhedsplatformen er derfor ikke blot et nyt it-system - det er en ny måde at organisere arbejdet på.

Herlev-Gentofte Hospital er det første hospital, der overgår til sundhedsplatformen den 21.maj 2016. Herefter følger:

- ▮ Rigshospitalet - den 5. november 2016
- ▮ Nordsjællands Hospital, Amager-Hvidovre Hospital og Bornholms Hospital - den 18. marts 2017
- ▮ Bispebjerg-Frederiksberg Hospital og Region Hovedstadens Psykiatri - den 20 maj 2017.

Erfaringen fra udlandet viser, at de først tre-fire måneder er krævende, og det tager typisk et år, før alle sundhedsplatformens nye muligheder udnyttes fuldt ud. Fordelene viser sig løbende og for alvor, når alle hospitaler har indført systemet. Sundhedsplatformen er dermed ikke fuldt udbygget fra starten, men videreudvikles i takt med de kommende års behov og økonomiske muligheder.

For mere om sundhedsplatformen se vedlagte faktaark og www.sundhedsplatform.dk

Det er oplyst af sundhedsplatformen, at alle tværsektorielle elektroniske meddelelser implementeres i sundhedsplatformen i de nyeste udgaver, dog vil dødsfaldsadvisering fra hospital til praksis i en overgangsperiode blive fremsendt manuelt. Regionen har udsendt information til kommuner og praksis om, hvor i regionen, der kan rettes henvendelse, såfremt der opleves uhensigtsmæssigheder i forhold til samarbejde med hospitalet. Denne information er også sendt til samordningsudvalgene til orientering. Informationsbrev til kommuner og almen praksis / praktiserende speciallæger er vedlagt som bilag.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

14002206

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Faktaark om sundhedsplatformen
- 📎 2. Brev til kommune
- 📎 3. Brev til praksis

11. EVENTUELT

EVENTUELT



Dato: 15. april 2016

NOTAT

Forslag til indsatser til rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis i Region Hovedstaden

Det er et indsatsområde i praksisplanen at afhjælpe og forebygge rekrutteringsproblemer ved at gøre det mere attraktivt for læger at praktisere i sårbare områder. Det gælder områder, som er sårbare på grund af deres geografiske placering eller som resultat af en høj andel af sårbare borgere.

I praksisplanen er følgende områder udpeget som sårbare: Bornholm, Brønshøj-Husum, Halsnæs og vestegnen. Lægedækningsundersøgelsen 2016 viste, at der ikke generelt er problemer med lægedækningen, men bekræftede samtidigt, at der er udfordringer i der nævnte områder. Regionen, PLO-H og de relevante kommuner arbejder sammen om at finde konkrete lokale løsninger.

På baggrund af drøftelse af lægedækningsundersøgelsen på møde i Praksisplanudvalget den 5. februar 2016 blev der aftalt møde mellem PLO-H og medlemmer af PPU fra regionen om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Der har været afholdt tre møder om emnet.

På møderne er mulige tiltag drøftet med henblik på at øge rekrutteringen af praktiserende læger på kort sigt. Dette er et fælles papir med forslag til rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis i Region Hovedstaden.

Udvidet støtte til lægehuse

1. Forbedring af erhvervelse af lokaler til brug for praksis

Det foreslås, at det gøres lettere at erhverve praksislokaler enten som ejerboliger (ejerlejlighed eller andelslejlighed) eller lejemål. Boligreguleringslovens § 46 fastslår, at det uden kommunalbestyrelsens samtykke ikke er tilladt at nedlægge en bolig helt eller delvist.

Da lægernes praksis helst skal være tæt på lægens patienter, vil det være hensigtsmæssigt, at kommunerne har en lempelig praksis, når der ansøges om dispensation fra denne bestemmelse, og boligen skal anvendes til almen praksis. Dette gælder, uanset at det er en ejerlejlighed, en andelslejlighed eller det typiske, et lejemål.

En sådan dispensation kan eventuelt gøres personlig, således at den er gældende i så lang tid, som den pågældende læge/læger har praksis fra adressen. I så tilfælde er det vigtigt, at kommunen gør sig klart, at den i tilfælde af en praksisoverdragelse også bør meddele dispensation til erhververen, således at praksis kan blive det pågældende sted.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

2. Lejligheder i stueplan

I kommunernes lokalplaner er der ofte bestemmelser om, at lejemål beliggende i stueplan (forretningslejemål) ikke må anvendes til liberalt erhverv. Også fra sådanne lokalplaner bør der lempes på dispensationsmuligheder.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

3. Nybyggeri

Nybyggeri giver nye muligheder for placering af praksis. Derfor vil det fra byggeriets projektering – herunder kommunens godkendelse af byggeriet – være hensigtsmæssigt, om der indtænkes mulighed for lokaler til praksis i almen medicin.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

4. Støtte til praksissammenlægning

Yngre praktiserende læger er interesseret i at indgå i praksisfællesskaber, hvorfor denne mulighed bør have særlig opmærksomhed.

Ved etablering af lægefællesskaber vil det være hensigtsmæssigt, hvis kommunerne vil yde rådgivning eller tilskud til rådgiverhonorarer eller lignende inden for kommunens rammebetingelser.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

Flyttehjælp /Boliger

5. Tilknyttet lægebolig for nyansatte læger - i begrænset periode.

Det anbefales, at der i tilknytning til en nyansat læge tilbydes en relevant og rimelig bolig. Der kan enten være tale om en bolig, som er velegnet til at pendle fra/til i en kortere periode eller til at tilflytte for hele familier, indtil en mere permanent løsning er fundet. Ved tildeling af lægebolig til den enkelte læge bør der tages videst muligt hensyn til dennes familiemæssige boligbehov.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

6. Rådgivning i karrierevalg for ægtefæller/samlever

I samarbejde mellem kommunens jobcenter, kommunernes virksomheder og eventuelt eksterne karrierespecialister (A-kasser mv.) gives relevant karrieremæssig rådgivning vedrørende karrieremuligheder i lokalområdet for ægtefælle/samlever.

Karriererådgivningen kan være med fokus på tilflytningskommunens særlige arbejdsmarkedsforhold – eksempelvis små- og mellemstore virksomheder.

Såfremt overstående ikke er tilstrækkeligt eller som supplement, kan opgaven løses ved øremærket økonomisk støtte til karriererådgivning eller ”outplacementforløb” fra private aktører. Fokus skal være på at understøtte stillinger, der passer til de lokale arbejdsmarkedsforhold.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

Uddannelse

7. Fordeling af og tilskud til uddannelseslæger

Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst er fællessekretariat for Region Hovedstaden og Region Sjælland som beskæftiger sig med stort set alle forhold, der relaterer sig til den lægelige videreuddannelse – altså tiden fra kandidateksamen til opnåelse af speciallægeanerkendelse.

Uddannelseslæger fordeles af Videreuddannelsesregion Øst jævnt i hele regionen. Områder, der i Praksisplan for almen praksis er defineret som sårbare i forhold til lægedækningen (Bornholm, Halsnæs, vestegnskommunerne samt Brønshøj-Husum), søges særligt tilgodeset ved fordeling.

Kriterierne for tildeling af uddannelseslæger, som er i den sidste del af uddannelsesforløbet (fase 3-læger) er, at lægerne søges fordelt ligeligt under hensyntagen til sårbare områder, idet dog kun praksis, der har haft uddannelseslæger i de tidligere faser (fase 1 og 2) kan tildeles fase 3-læger. Det bemærkes, at Bornholm kun kan have ét uddannelsesforløb om året, da hospitalet ikke har kapacitet til mere.

Regionen betaler 62 % af lønnen til fase 3-læger i dag. Den praktiserende læge betaler 38 %.

Konklusion: Regionsadministrationen går i dialog med Videreuddannelsesregion Øst om fordeling af uddannelseslæger til regionens sårbare områder.

Økonomiske incitament

8. Øgede incitament i områder med mange sårbare borgere

Der bør ses på muligheden for særlig honorering i områder med overrepræsentation af udsatte grupper. Dette vil skabe større incitament til nedsættelse, hvor patientgruppen er mere tidskrævende (psykiatriske patienter, særligt mange med sproglige vanskeligheder mv.)

Konklusion: Forslaget tages med i arbejdet i arbejdsgruppen vedr. rekruttering og fastholdelse i regi af praksisplanen.

9. Ingen eller forhøjet højstegrænse i sårbare områder

I gældende Overenskomst om almen praksis af 2014 § 87, stk. 4, er der indført en automatisk højstegrænse: *'Såfremt årsopgørelsen viser, at udgiften til lægehjælp i dagtiden pr. sikret (egne sikrede) i en praksis i et år har overskredet den gennemsnitlige udgift pr. sikret inden for regionen, med 25 % eller derover for basis- og ydelseshonorarerne tilsammen, fastsættes højstegrænse for praksis' samlede indtægter ved ydelseshonorarer fra regionen i dagtiden. Højstegrænsen fastsættes på +25 % af den gennemsnitlige udgift pr. sikret i regionen. Højstegrænsen kan iværksættes fra det følgende kvartals begyndelse. Højstegrænsen kan første gang iværksættes på baggrund af regnskabsåret 2014.'*

Der ligger i *'...en praksis i et år har overskredet den gennemsnitlige udgift'*, at lægen må have haft sin praksis i et år, før en højstegrænse kan fastsættes.

PLO-H finder, at højstegrænsen kan virke demotiverende for nynedsatte læger, der typisk udfører et stort arbejde i forbindelse med patientbehandlingen, når lægen ser patienten første gang. Ligeledes vil højstegrænsen i områder med særligt mange udsatte borger være begrænsende for at yde en ekstra indsats for denne gruppe. Den ekstra indsats kan eventuelt ydes gennem ansættelse af ekstra personale med relevante kompetencer.

Der ønskes en drøftelse af muligheder for indgåelse af aftale, der tilgodeser nynedsatte læger i den første periode af deres virke.

Konklusion: Forslaget videresendes til samarbejdsudvalget til drøftelse. Der iværksættes en analyse til brug for samarbejdsudvalgets drøftelse.

Støtte til praksisfunktioner

10. Tilknyttet socialrådgiver til praksis

Fordelen ved en socialrådgiver til praksis er, at lægerne vil kunne fokusere på de medicinske problemer hos patienterne og lettes for en del af de rent socialmedicinske konsultationer.

Praktisk ansættes eller dedikeres der af den stedlige kommune en socialrådgiver/beskæftigelsesvejleder, som tilbyder at rådgive den praktiserende læges patienter ude i den enkelte praksis, jævnfør projektet fra Københavns Kommune "Socialrådgiver på hjul".

Socialrådgiveren forventes alene at rådgive patienterne i socialmedicinske problemer, som patienterne ellers søger råd om hos lægen. Det er en naturlig forudsætning, at socialrådgiveren i denne funktion har tavshedspligt over for kommunen.

Formålet er, at socialrådgiveren fremstår som en del af almen praksis, og patienterne ikke opfatter socialrådgiveren som en del af systemet.

Den enkelte kommune vil have en udgift til aflønning, men samtidig opnå besparelser i form af færre og mere kvalificerede henvendelser fra målgruppen. Det vurderes, at det ca. er 5 kontakter pr. læge pr uge i udsatte områder.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

11. Støtte til match af personale i lokalområdet

Der peges på muligheden for, at kommunerne kan yde rådgivning til praksis via eksempelvis jobcentre og jobkonsulenter til match af praksis' behov for personale, eksempelvis social- og sundhedsmedhjælpere, sygeplejersker, bioanalytikere mv. Det er den relevante kommune, der fastsætter tilbuddet.

Såfremt de eksisterende tilbud i kommunerne ikke vurderes tilstrækkelige, eller de lokale forhold gør, at der ikke kan skaffes kvalificeret arbejdskraft, kan der gives refusion/tilskud/maksimalt beløb for anvendelse af private rekrutteringsudbydere.

Initiativet kunne herudover indeholde kommunale indsatser, hvor der sættes særligt fokus på lægepraksis særlige behov for arbejdskraft. Dette kan gøres gennem diverse jobordninger, eksempelvis fleksjob.

Konklusion: Henvises til drøftelse med kommunerne.

12. Tilskud til administrativ hjælp og funktioner

Som aflastning af de praktiserende læger og som et redskab, der kunne frigøre tid til almenmedicinernes kernekompetence, kunne der gives støtte/tilskud til arbejde, der ikke i traditionel forstand er rent lægeligt.

Dette kunne eksempelvis være tilskud til en administrativ medarbejder, som vil kunne varetage opgaver som telefonpasning, administrative funktioner som vedligeholde hjemmeside, vareindkøb og -bestilling, lønberegning og øvrigt personaleadministrativt arbejde mv.

Telefonpasning er en ydelse, som lægerne har ansvaret for. For at sikre den maksimale udnyttelse af udkantslægerne foreslås det, at opgaven outsources i en begrænset tidsperiode – eksempelvis mellem kl. 12 til 16 – til ekstern udbyder.

Konklusion: Region Hovedstaden foreslår, at dette konkretiseres som projekt og indsendes som ansøgning til regionens Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg (KEU).

Faglige rammebetingelser

13. Mentorordning for nye alment praktiserende læger i sårbare områder

Med henblik på at gøre det attraktivt at nedsætte sig i lægedækningstruede områder tilbydes nye læger en mentor.

En mentor er en lokal ældre praktiserende læge, der honoreres for i en årrække – eksempelvis tre år - at tilbyde den nynedsatte læge hjælp et par timer hver måned. Hjælpen skal bestå i rådgivning vedrørende rent praktiske og organisatoriske problemer –, man som nynedsat læge i det pågældende område støder på,. Desuden skal mentoren støtte den nynedsatte læge generelt og introducere lægen til de lokale netværk, DGE-grupper mv.

Konklusion: Region Hovedstaden foreslår, at dette konkretiseres som projekt og indsendes som ansøgning til regionens Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg (KEU).

14. En fast kontaktsygeplejerske i det kommunale samarbejde

Konklusion: Der arbejdes videre med forslaget om én indgang, f.eks. en fast kontaktsygeplejerske i forbindelse med implementeringen af praksisplanen.

Fleksibilitet og individualisering

15. Begrænset antal patienter (efter lægens ønske)

Det vil være befordrende for rekrutteringen, såfremt der kan tages større hensyn til unge lægers individuelle forhold i forbindelse med deres eventuelle ønske om at ned-sætte sig i almen praksis.

Dette kan for eksempel være praksisstørrelse, hvor der ønskes større mulighed for at efterkomme unge lægers ønsker – eventuelt begrænset til en startfase. Det kan for eksempel være imødekommelse af ønsker om færre patienter i en indkøringsfase og mulighed for gradvist stigende patienttal indtil praksis har opnået den ønskede størrelse samt imødekommelse af ansøgninger om at drive delepraksis. Samme værktøjer kan benyttes ved fastholdelse.

Med Overenskomst om almen praksis fra 2014 skete en ændring i § 7, stk. 3, hvorefter praksis kan ansøge om et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede end normtallet (1.600). Hvor det tidligere har været anført, at sådanne ansøgninger så vidt muligt bør imødekommes, når ansøgningen kommer fra læger, der er fyldt 60 år, er personkredsen nu udvidet til også at omfatte yngre ny-rekrutterede læger eller læger som i minimum 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning, konsulentjob eller fagpolitisk arbejde.

Samarbejdsudvalget har imødekommet en række ansøgninger siden ændringerne i overenskomsten. Hvor det er ansøgninger fra yngre læger, er undtagelsen fra normtallet tidsbegrænset, idet det må antages at de yngre læger blot har brug for et stykke tid til at komme ind i arbejdet.

Konklusion: Forslaget henvises til samarbejdsudvalget.

16. Bedre rammer for satellitpraksis

Muligheden for at etablere sig i satellitpraksis kan lettes, men satellitpraksis er afhængig af, at initiativet kommer fra læger, der allerede har eksisterende praksis.

Udfordringen ved satellitpraksis er, at det alene udgør et ekstra konsultationssted, og ikke en selvstændig praksis.

Derfor er der rammevilkår, der bør forbedres, for at denne praksisform bliver attraktiv. Dette kunne være mulighed for højere antal patienter (øvre lukkegrænse), mulighed for ansatte af læger og tilladelse til ekstra ansatte læger skal forbedres eller gøres lettere.

Ovenstående forbedringer af rammebetingelser kan yderligere kombineres med de foreslåede tiltag om forhøjelse af højstegrænsen, om hjælp til administrative funktioner, bedre mulighed for uddannelseslæger mv., for at gøre det attraktivt at investere i satellitpraksis.

Der har indtil videre kun været etableret en satellitpraksis.

Konklusion: Forslaget henvises til samarbejdsudvalget.

17. Lavere arbejdsbyrde gennem eksempelvis udvidet mulighed for delepraksis

Det vil være befordrende såfremt der kan tages større hensyn til lægers individuelle forhold.

Dette kan for eksempel være praksisstørrelse, hvor der bør være større mulighed for at efterkomme ønsker om færre patienter. Endvidere lettere adgang til at drive delepraksis. Dette vil kunne effektueres via samarbejdsudvalget, og i fornødent omfang gennem supplerende lokale aftaler.

Konklusion: Forslaget henvises til samarbejdsudvalget.

Branding af almen praksis i udkantsområder og sårbare områder

18. Reklamefremstød for KBU, fase 1- og 2-læger

I samarbejde med Region Hovedstaden, Yngre læger, FYAM, FADL m.fl. afsættes midler til målrettede kampagner for nedsættelse i almen praksis i udkantsområder.

19. Branding af almen praksis i Sverige samt øvrige nabolande

Eksempler herpå kunne være:

Punkt nr. 3 - Rekruttering og fastholdelse

Bilag 1 - Side -8 af 9

- Indlede samarbejde mellem uddannelsesregion Øst og de svenske uddannelsesmyndigheder om større samarbejde, herunder om eksempelvis flere svenske uddannelseslæger.
- Indledning af samarbejde med eksempelvis den svenske afdeling af Yngre Læger (SYLF), med oplysning om lægeliv og muligheder i Danmark.
- Undersøge muligheder for et strategisk samarbejde med Copenhagen Capacity eller Greater Copenhagen vedr. nedsættelse af almen praksis i Danmark.

20. Promovere samarbejde mellem almen praksis og Region Hovedstaden, herunder bedre promovning af fælles initiativer og løsninger

Konklusion: PLO-Hovedstaden undersøger det internationale samarbejde nærmere. Disse tre punkter (18, 19 og 20) sættes på dagsordenen som tema på Praksisplanudvalgsmøde efter sommerferien.

Enkeltinitiativer

21. Fælles møder mellem PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden om rekruttering

Møderne skal bibringe nye ideer og skabe en fælles fokus på udfordringerne.

Der kunne indarbejdes fælles studieture mellem Region Hovedstaden og Yngre Læger og PLO i ind- og udland forud for mødet for at sikre de bedste ideer.

Konklusion: Fast tilbagevendende tema om rekruttering og fastholdelse afholdes en gang årligt i Praksisplanudvalget.

22. Attraktive arrangementer for Yngre Læger

Attraktive arrangementer kan være en vej til nemmere til at tilgå lægerne og dermed sikre rekruttering. Dette kunne eksempelvis være busture og oplæg i nærhed af lægerne.

Fælles for arrangementerne bør være, at de er attraktive at deltage i og er nemme at få øje på. Arrangementerne kan eksempelvis udarbejdes i samarbejde med Yngre Læger, FYAM og PLO-kommunalt, værtskommuner mv.

Konklusion: Initiativer er igangsat på dette punkt.

23. Gentagelse af undersøgelse om rekruttering af yngre læger

Der blev i 2010 udgivet en undersøgelse om rekruttering af yngre læger og fastholdelse af ældre læger i almen praksis i såkaldt sårbare områder i Region Hovedstaden. Lignende undersøgelse foreslås gentaget.

Konklusion: Forslaget tages med i arbejdet i arbejdsgruppen vedr. rekruttering og fastholdelse i regi af praksisplanen.

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00

SKANNET

21 APR. 2016

Aftale om implementering af decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi mv.

PLO og RLTN kan konstatere, at det ikke er lykkedes de lokale parter at indgå decentrale aftaler om hhv. sygebesøg og samtaleterapi, som aftalt i forhandlingsaftalen mellem RLTN og PLO af 1. marts 2014¹.

Med henblik på at facilitere indgåelsen af decentrale aftaler vedrørende sygebesøg og samtaleterapi er der mellem PLO og RLTN enighed om,

1. At det tilstræbes, at der er indgået aftaler om decentralisering af henholdsvis sygebesøg og samtaleterapi i alle regioner senest med udgangen af 2. kvartal 2016 med henblik på ikrafttræden pr. 1. juli 2016. Der forudsættes dog at være indgået aftaler i alle regioner senest med udgangen af 3. kvartal 2016 til ikrafttræden senest 1. oktober 2016.
2. At de decentrale aftaler skal være af to års varighed, og at de lokale parter kan aftale at justere i indholdet i den enkelte aftale undervejs i aftaleperioden. I denne periode kan aftalerne opsiges med 6 måneders varsel til udløb ved en måneds udgang. Senest 6 måneder før aftalernes udløb, dvs. senest 1. april 2018 tager de lokale parter stilling til, hvad der skal ske med aftalerne ved udløbstidspunktet.

BEMÆRKNING TIL PUNKT 2:

Parterne er enige om, at hensigten med den 2-årige løbeperiode er, at der gives tilstrækkelig tid til at indhøste erfaringer med de decentrale aftaler. Muligheden for opsigelse med 6 måneders varsel kan kun benyttes i tilfælde af særlige omstændigheder.

3. At ved decentraliseringen af henholdsvis sygebesøg og samtaleterapi reduceres den centrale økonomiske ramme med den enkelte

¹ Med henvisning til gældende sundhedslov aftalte PLO og RLTN, jf. forhandlingsaftalen af 1. marts 2014, som er implementeret i overenskomst om almen praksis pr. 1. september 2014, at overenskomstens bestemmelser vedrørende sygebesøg (§§ 45 stk. 4, 50, 65, 66 og 83) og samtaleterapi (§ 53) bortfalder regionsvis med et varsel på 6 måneder til ophør den 1. i en måned, såfremt der i regionen er indgået en underliggende aftale til praksisplanen, som fastlægger indsatser omkring de forskellige former for sygebesøg og indsatser for visse patienter med psykisk sygdomme, jf. § 125 stk. 2.

21-04-2016

Sag.nr. - 15/2231

Dokumentnr. 15205/16

Sagsbehandler

Anette Ernst Seehusen

Tel. 35298129

Email: Ase@regioner.dk

regions forbrug af ydelser i henhold til henholdsvis overenskomstens §§ 45 stk. 4² og 53³ med det sidst kendte opgjorte årlige beløb. Reduktionen af den centrale økonomiske ramme sker med virkning fra tidspunktet for de enkelte decentrale aftalers ikrafttræden. Hermed flyttes midler og opgaver fra den centrale overenskomst til det lokale niveau i den enkelte region.

Side 2

4. At der er enighed om, at ”de samlede udgifter til almen lægehjælp til patienter i det foregående regnskabsår”, jf. overenskomstens § 86 vedr. indbetaling til administrationsudvalget også omfatter økonomi, som er udflyttet, jf. pkt. 3.
5. At økonomien i de decentrale aftaler ikke kan blive mindre end det beløb, der overgår fra den centrale overenskomst.
6. At de lokale parter løbende foretager en monitorering af aktiviteterne i de decentrale aftaler. Det aftales i praksisplanudvalget, hvorledes et eventuelt mindreforbrug kan anvendes.
7. At der sker tilbageførsel til den centrale økonomiske ramme af udflyttet økonomi, jf. pkt. 3, såfremt de lokale parter ved aftalernes udløbstid ikke indgår anden aftale. Honorarerne for ydelserne nævnt i pkt. 3 reguleres jf. overenskomstens § 68 således, at ydelserne bringes op til det ifølge overenskomsten gældende niveau. Det i rammen tilbageførte beløb reguleres på tilsvarende vis.
8. Samtidig med bortfald af de decentrale aftaler jf. pkt. 7, bortfalder den forholdsmæssige andel af de nye midler (200 mio. kr.) samt de tilhørende lokale aftaler.
9. At overenskomstens nuværende bestemmelser om sygebesøg og samtalerapi træder i kraft på tidspunktet for evt. bortfald af bestemmelserne i de decentrale aftaler.

Den 21. april 2016



For RLTN



For PLO

² Ydelseskode 0102, 0121, 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461, 0491 og 2301

³ Ydelseskode 6101 og 6201

Generelle bestemmelser der kan indgå i underliggende aftaler indgået mellem PLO-R, Region X og Kommunerne i Region X

21-04-2016

Sag.nr. - 15/2231

Dokumentnr. 15209/16

Sagsbehandler

Anette Ernst Seehusen

Tel. 35298129

Email: Ase@regioner.dk

Følgende generelle bestemmelser kan, såfremt de lokale parter ønsker det og ikke aftaler andet lokalt, indgå i de regionale underliggende aftaler.

Der er tale om tekstforslag vedrørende følgende elementer:

- aftalens parter og indhold
- aftalens hjemmelsgrundlag
- ydelser og honorar
- regulering af honorar,
- tvister og sanktioner,
- klager,
- opmand
- opsigelse

Danske Regioner og KL vil opfordre regioner og kommuner til at anvende nærværende generelle bestemmelser, som gennemgående vilkår i alle delaftaler, under forudsætning af enighed med PLO om ”Aftale om implementering af decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi” af den 21. april 2016.

Aftalens parter

Side 2

Nærværende underliggende aftale er indgået mellem Region X, kommunerne i Region X og PLO-R på vegne af de praktiserende læger med ydernummer i regionen.

Aftalen fastlægger de overordnede vilkår for samtlige delaftaler om enkelttydelser, eller andre aftaler om almen praksis opgaver, der herefter indgås mellem Regionen og/eller kommunerne på den ene side og PLO-R på den anden side

Aftalens hjemmelsgrundlag

Nærværende underliggende aftale, der er indgået med henvisning til sundhedsloven, fastlægger de overordnede vilkår for delaftaler mellem regionen, kommunerne og PLO-R

Ydelser og honorarer

Honoreringen af de enkelte ydelser fremgår af den respektive delaftale.

Delaftaler kan også vedrøre ikke-honorerede tiltag.

Regulering af honorarer

Honorarer aftalt i de enkelte delaftaler reguleres, med mindre andet aftales, som følger:

Omkostningsandelen af honorarerne reguleres

- pr. 1. april med 25 % af den procentvise stigning, der har været i nettoprisindekset fra juli året før til januar samme år og
- pr. 1. oktober med 25 % af den procentvise stigning der har været i nettoprisindekset fra januar til juli samme år.

Nettoandelen af honorarerne reguleres

- pr. 1. april med 75 % af den procentvise stigning, der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra oktober året før til april samme år og
- pr. 1. oktober med 75 % af den procentvise stigning der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner fra april til oktober samme år.

Reguleringen finder sted den 1. april og 1. oktober og sker første gang den 1. oktober 2016 eller ved førstkommende regulering efter delaftalens ikrafttrædelse.

Tvister og sanktioner

Nedsættelse af "Lokalaftaleudvalg"

Til håndtering af tvister, fortolkningsspørgsmål og tildeling af sanktioner til aftalens parter, nedsættes et regionalt "Lokalaftaleudvalg". Udvalget består af 1 medlem udpeget af kommunerne i regionen, 1 medlem udpeget af regionen og 2 medlemmer udpeget af PLO-regionalt.

Regionen sekretariatsbetjener Lokalaftaleudvalget, som holder møde efter behov eller når en af parterne ønsker det.

Lokalaftaleudvalget fastlægger en forretningsorden for sit arbejde.

Regionen, kommunerne i regionen og/eller PLO-Regionalt kan anmode Lokalaftaleudvalget om at behandle eventuelle fortolkningsspørgsmål og tvister.

Lokalaftaleudvalget træffer afgørelse efter mæglingsdrøftelse og kan kun træffe afgørelser i enighed.

Lokalaftaleudvalget vejleder med hensyn til forståelse og praktisering af den underliggende aftale og delaftaler.

Lokalaftaleudvalget har mulighed for at iværksætte sanktioner over for en læge, region eller kommune i tilfælde af serviceklager, ved misligholdelse eller overtrædelse af den underliggende aftale og/eller de i medfør heraf indgåede delaftaler.

De sanktioner, som lokalaftaleudvalget har adgang til er, at

- Tilbyde rådgivning og vejledning
- Tildele påtale, udtale misbilligelse eller advarsel
- Beslutte at pålægge regionen/kommunen/lægen at betale/tilbagebetale et af Lokalaftaleudvalget fastsat beløb
- Pålægge regionen/kommunen/lægen en bod, der stilles til rådighed for velgørende formål
- Beslutte, at en læge/kommune/region pga. misligholdelse ikke længere kan gøre brug af en konkret delaftale. Såfremt en læge udelukkes fra at udføre opgaver i relation til en specifik delaftale, skal Lokalaftaleudvalget søge en løsning i forhold til, at borgere/patienter ikke mister adgangen til lokalt aftalte sundhedsydelser

Klager fra patienter

Side 4

Klager fra patienter over de forhold, der er omhandlet i den underliggende aftale eller tilhørende delaftaler fremsættes over for Regionen, der sekretariatsbehandler klagerne. Sagsbehandlingen er omfattet af forvaltningslovens regler om inhabilitet, vejledning og repræsentation, parteres aktindsigt, partshøring, klagevejledning og tavshedspligt mv. Ved klager, der vedrører kommunale forhold, skal kommunen bistå regionen i klagesagens behandling. Regionen træffer en administrativ afgørelse i klagesagen, som meddeles parterne i sagen, dog således at regionen ikke uden at forholdet er forelagt Lokalaftaleudvalget, kan påtale lægens rolle i en klagesag.

Er der dele af klagen, der vedrører den sundhedsfaglige del af lægebetjeningen, skal regionen oplyse klageren om dette og vejlede med hensyn til andre klagemuligheder.

Parterne i klagesager er forpligtet til at afgive fuld oplysning om alle de sagen vedrørende forhold til den, der har sagen til behandling.

Klagesager skal behandles som fortrolige.

Lokalaftaleudvalget orienteres om klager over lægebetjeningen i relation til den underliggende aftale.

Regionen kan indbringe klagesager for Lokalaftaleudvalget med henblik på tildeling af sanktion.

Opmand

Opnås der ikke ved drøftelse i Lokalaftaleudvalget enighed, kan sagen af hver af parterne henvises til afgørelse ved en af parterne udpeget uafhængig opmand. I tilfælde af uenighed mellem parterne om udpegning af opmand udpeges denne af Sundheds- og ældreministeren.

Udgifter til opmandens virksomhed fordeles ligeligt mellem aftalens tre parter.

Sager om fortolkning og anvendelse af den underliggende aftale/delaftaler samt hvorom der ikke kan opnås enighed i Lokalaftaleudvalget, kan af hver af aftaleparterne indbringes for opmanden. Såfremt en af parterne ønsker, at opmanden skal mægle mellem parterne, indkaldes der, forinden sagen indbringes for opmanden, til møde mellem opmanden og Lokalaftaleudvalget, hvor opmanden undersøger muligheden for et forlig og om muligt fremsætter et forligsforslag. Sager om idømmelse af organisationsansvar kan ligeledes indbringes for opmanden. Også i sager om organisationsansvar gælder bestemmelserne om mægling.

Opmandens kendelser er bindende for de lokale aftalparter. I sager om idømmelse af organisationsansvar kan der pålægges en af parterne en bod.

Opsigelse

Den underliggende aftale og delaftaler knyttet til decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi er indledningsvis gældende for en to-årig periode.

Aftalerne kan opsiges med 6 måneders varsel til udgangen af en måned.

BEMÆRKNING:

Parterne er enige om, at hensigten med den 2-årige løbperiode er, at der gives tilstrækkelig tid til at indhøste erfaringer med de decentrale aftaler. Muligheden for opsigelse med 6 måneders varsel kan kun benyttes i tilfælde af særlige omstændigheder.

Samtidig med opsigelse af de decentrale aftaler, bortfalder den forholdsmæssige andel af de nye midler (200 mio. kr.) samt de tilhørende lokale aftaler.

Senest 6 måneder før aftalernes udløb, dvs. senest 1. april 2018 tager de lokale parter stilling til, hvad der skal ske med aftalerne ved udløbstidspunktet.

Enhver delaftale i øvrigt er gældende, indtil den med 3 måneders varsel til udgangen af en måned opsiges af en af de lokale parter, medmindre andet fremgår af aftalen. Opsigelse af en delaftale berører ikke den underliggende aftale eller andre delaftalers gyldighed.

Når den underliggende aftale eller en delaftale opsiges eller bortfalder, påhviler det i fællesskab regionen/kommunerne og PLO-R at orientere de berørte praktiserende læger herom.

Punkt nr. 5 - Orientering om lokalaf tale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger

Allerød Kommune
Egedal Kommune
Københavns Kommune

PLO-Hovedstaden

J. nr. 2015-1303 FA/AnV 09-03-2016

AFTALE

om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek på sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger

§ 1 Aftalens parter mv.

Stk. 1

Nærværende aftale er indgået mellem PLO-Hovedstaden og Allerød, Egedal og Københavns Kommuner.

Stk. 2

Aftalen omfatter praktiserende speciallæger i almen medicin med ydernummer for Region Hovedstaden.

Stk. 3

Aftalen omfatter gruppe 1- og gruppe 2-sikrede med bopæl på nedenstående bosteder og sikrede, der modtager socialpædagogisk bostøtte i eget hjem:

Allerød Kommune

- Socialpsykiatrien
- Bostøtte og bofællesskaberne på handicapområdet
- "Fremtid i Nord og Syd", der er en privat aktør, der tilbyder støtte til unge og voksne borgere med ADHD eller Aspergers syndrom efter SEL § 85.

Egedal Kommune

- Egedal Kommunes Bo- og Aktivitetscenter
- Skovbo, der er et socialpsykiatrisk bosted
- Specialevejledningen, der på det socialpsykiatriske område tilbyder socialpædagogisk støtte i eget hjem efter SEL § 85.

Københavns Kommune

Der henvises til de på vedhæftede bilag 1 anførte centre og bosteder.

Punkt nr. 5 - Orientering om lokalaftale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger

Bilag 1 - Side -2 af 6

§ 2 Formål

Undersøgelser har vist, at personer med en betydelig intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse har øget forekomst af en række somatiske sygdomme, uopdagede sygdomme og kortere levealder. Aftalens målgruppe har også vanskeligere ved at efterspørge sundhedsydelse end den øvrige befolkning. For at mindske uligheden i sundhed og forbedre den somatiske sundhedstilstand for de af aftalen omfattede sikrede skal der udføres sundhedstjek for de pågældende sikrede.

§ 3 Funktionsbeskrivelse for de alment praktiserende læger

Stk. 1

Den sikrede og/eller dennes støtteperson aftaler tid hos lægen til et sundhedstjek. I forbindelse med tidsbestillingen skal lægen informere om, hvor og hvornår der skal tages blodprøve inden sundhedstjekket. Hvis lægen selv tager blodprøverne, afsættes tid hertil ca. en uge før datoen for sundhedstjekket.

Stk. 2

Den sikrede forbereder sig på sundhedstjekket ved at besvare en række spørgsmål om sit generelle helbred (forberedelsesskema, jf. bilag 2). Resultatet af blodprøverne skal foreligge ved sundhedstjekket. Den sikrede gennemgår evt. materiale om de undersøgelser, der skal foregå hos lægen, evt. sammen med sin støtteperson.

Stk. 3

Lægen drager omsorg for, at følgende blodprøver er foretaget forinden sundhedstjekket:

- Blodprocent
- Infektionstal
- Leverfunktion
- Elektrolytter
- Creatinin
- Blodsukker (HbA1c)
- Totalkolesterol
- Stofskifte
- D-vitamin (ved antipsykotisk medicin tages også prolactin).

Sundhedstjekket består bl.a. af følgende:

- Gennemgang i henhold til vedhæftede afkrydsningsskema, bil. 3
- Gennemgang af borgerens medicinliste – FMK
- Opsamling og konklusioner på sundhedstjekket sammen med den sikrede og evt. støttepersonen.

Stk. 4

Lægen skal ved diagnosticeret sygdom iværksætte behandling, jfr. § 6.

Punkt nr. 5 - Orientering om lokalftale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger

Bilag 1 - Side -3 af 6

Stk. 5

Det forudsættes, at sundhedstjekket foretages af den læge, hos hvem den sikrede er tilmeldt, medmindre lægen beder sig fritaget herfor, jf. § 4.

§ 4 Den sikredes og lægens samtykke

Stk. 1

Det er en betingelse for iværksættelse af sundhedstjekket, at den sikrede ønsker sundhedstjekket foretaget.

Stk. 2

Det er frivilligt for lægen, om denne ønsker at udføre sundhedstjekket. Lægen skal ikke anføre nogen begrundelse. Såfremt egen læge ikke ønsker at udføre sundhedstjekket, kan dette udføres af en læge efter sikredes valg. Dog kan gruppe 2-sikrede selv vælge, hvilken læge der skal udføre sundhedstjekket.

Stk. 3

Til varetagelse af behandlingen af sikrede i tilfælde, hvor den læge, den sikrede er tilmeldt, ikke udfører sundhedstjekket, tilknyttes nogle speciallæger i almen medicin, der honoreres pr. ydelse jfr. § 5.

§ 5 Honorering

Stk. 1

Det forudsættes, at sundhedstjekket udføres på hverdage i dagarbejdstiden 08.00-16.00, medmindre lægen fastsætter et andet tidspunkt, bl.a. af hensyn til undersøgelsens varighed.

Stk. 2

For sundhedstjekket ekskl. laboratorieundersøgelserne jf. § 3, stk. 3 honoreres lægen med kr. 1.500,- pr. 1. okt. 2015.

Stk. 3

For blodprøverne jf. § 3 stk. 3 ekskl. sundhedstjekket honoreres lægen med de honorarer, der er aftalt i Overenskomst om almen praksis § 60.

Stk. 4

Honorarerne reguleres i henhold til Overenskomst om almen praksis, således at honorarerne akkumulerende følger stigningen i overenskomstens honorarer fra og med 1. okt. 2015.

Punkt nr. 5 - Orientering om lokalaf tale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger

Bilag 1 - Side -4 af 6

Såfremt "Overenskomst om almen praksis" måtte bortfalde, sker reguleringen på grundlag af nettoprisindekset i overensstemmelse med det af Danmarks Statistik beregnede nettoprisindeks en gang årligt den 1. januar, første gang den 1. januar efter at "Overenskomst om almen praksis" er ophørt. Stigningen beregnes på basis af stigningen i nettoprisindekset fra oktober til oktober. Som **eksempel** anføres, at reguleringen den 1. januar 2018 beregnes på basis af stigningen i nettoprisindekset fra oktober 2016 til oktober 2017 og så videre.

Stk. 5

Sundhedstjekket foretages sædvanligvis i lægens konsultation. Efter lægens skøn kan undersøgelsen henlægges til sikredes bopæl, og i så tilfælde er lægen berettiget til at oppebære honorar for lægens tidsforbrug samt kørselsgodtgørelse med de satser, der er aftalt i Overenskomst om almen praksis § 94, stk. 2c, og § 61.

§ 6 Sygdomsbehandling

Såfremt lægen efter diagnosticeret sygdom påbegynder behandling af den sikrede, afregnes disse ydelser i henhold til Overenskomst om almen praksis med de overenskomstaftalte ydelsesnumre. Dette gælder dog kun for gruppe 1-sikrede. For gruppe 2-sikrede følges de almindelige regler.

§ 7 Afregning

Stk. 1

For borgere omfattet af centre og bosteder vedr. Københavns Kommune, jf. bilag 1, fremsendes privat regning til Københavns Kommune under anvendelse af EAN-nr. 5798009683533 under mærket "Projekt Sundhedstjek, org. 67015". Regningen skal omfatte såvel honoraret for sundhedstjekket, jf. § 5, stk. 2, som blodprøverne, jf. § 5, stk. 3.

Stk. 2

For borgere med bopæl i Egedal eller Allerød Kommune fremsendes ligeledes privat regning under anvendelse af EAN-nr. 5798008477102. Regningen skal omfatte såvel honoraret for sundhedstjekket, jf. § 5, stk. 2, som blodprøverne, § 5, stk. 3.

Stk. 3

For eventuelle gruppe 2-sikrede er lægen ikke berettiget til at beregne sig egen andel fra patienten for så vidt angår sundhedstjekket, jf. § 5, stk. 2.

Stk. 4

Parterne i nærværende aftale er enige om, at aftalen alene omhandler profylaktiske ydelser, der efter sundhedsloven ligger i kommunalt regi.

Punkt nr. 5 - Orientering om lokalaf tale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger

Bilag 1 - Side -5 af 6

§ 8 Udeblivelse

Lægen er berettiget til at opkræve et gebyr hos kommunen eller den sikrede, såfremt den sikrede udebliver fra en aftalt tid til et sundhedstjek eller ikke senest 24 timer før den aftalte tid aflyser denne telefonisk hos lægen eller pr. mail. Gebyret udgør kr. 250,- pr. 1. okt. 2015 og reguleres som de øvrige honorarer i nærværende aftale.

§ 9 Økonomisk ramme og kontrolstatistik

Honoraret for sundhedstjekket, udeblivelsesgebyret og laboratorieprøver indgår ikke i den økonomiske ramme for almen praksis, jf. bilag 4 til Overenskomst om almen praksis "Økonomiprotokollat af 1. sept. 2014". Endvidere indgår disse honorarer ikke i opgørelsen i henhold til overenskomstens § 87.

§ 10 Tvister

Såfremt der opstår tvister om fortolkningen af nærværende aftale, afgøres disse endeligt af en af aftalens parter i fællesskab udpeget opmand. Kan der ikke opnås enighed om opmanden, udpeges denne af præsidenten for Østre Landsret.

§ 11 Information

PLO-Hovedstaden informerer de relevante læger om aftalens indhold og ikrafttræden. De 3 kommuner orienterer i fællesskab eller hver for sig de berørte centre og bosteder.

§ 12 Opsigelse

Nærværende aftale kan opsiges af hver af parterne for sit vedkommende med 3 måneders varsel til den 1. i en måned. Således kan hver af kommunerne opsiges aftalen alene for sit vedkommende, og PLO-Hovedstaden kan opsiges aftalen samlet eller over for en eller flere kommuner.

§ 13 Ikrafttræden

Stk. 1

Nærværende aftale er trådt i kraft fra og med underskriftdatoen for hver enkelt kommune.

Stk. 2

Aftalen skal ikke indberettes til "Overenskomst om almen praksis" parter.

Punkt nr. 5 - Orientering om lokalaftale om honorering af praktiserende læger for somatisk sundhedstjek til sikrede med udviklingshæmning eller psykiatriske problemstillinger

Bilag 1 - Side -6 af 6

§ 14 Underskrift af aftalen

Nærværende aftale underskrives i 4 eksemplarer, hvoraf hver af kommunerne modtager 1 og PLO-Hovedstaden 1 eksemplar.

Bilag

- Bilag 1: Liste over omfattede centre og bosteder vedr. Københavns Kommune
- Bilag 2: Forberedelsesskema
- Bilag 3: Afkrydsningskema

Dato:

10.3.2016

PLO-Hovedstaden

Dato: _____

Allerød Kommune

Dato: _____

Egedal Kommune

Dato:

21/3.16

Københavns Kommune

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

NOTAT

Til:

Opgang B & D
Afsnit Stuen

Telefon 38 66 60 00
Mail csu@regionh.dk

Web www.regionh.dk

Dato: 12. april 2016

Specialistrådgivning

Det fremgår af udmøntningsplanen, som er indgået mellem Danske Regioner og den forrige regering i februar 2015, at midlerne er øremærket en række initiativer og overordnede emner, bl.a. at den faglige specialistrådgivning fra hospitalerne til almen praksis skal styrkes, fx ved at almen praksis har let og hurtig adgang til en dialog med hospitalsspecialister om, hvordan en given patient udredes og behandles bedst muligt.

Regionsrådet har i efteråret 2015 godkendt, at der anvendes 8 mio. kr. årligt 2016-2018 til at etablere 10 organ- /sygdomsspecifikke faglige specialistrådgivningsfunktioner på kræftområdet.

Rådgivnings- og sparrings-funktionen er primært tiltænkt almen praksis, men kan også benyttes af fx hospitalslæger. Det er forventningen, at etablering af en rådgivningsfunktion, vil øge dialogen mellem almen praksis, understøtte gensidig erfaringsudveksling mellem henvisende læger og speciallæger på hospitalerne, hvilket både kan sikre øget kendskab til kræftsymptomer og henvisning til relevante kræftpakkeforløb hos almen praksis, forbedre samarbejdet om patienterne og samtidig også medføre, at der henvises flere patienter til de rigtige kræftpakker på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet. En del af dette er også gensidig dialog om afviste patienter.

Forum for Sundhedsplanlægning og Tværsektorielt Samarbejde (FST) har i efteråret 2015 godkendt, hvor specialistrådgivningsfunktionerne etableres og hvilke krav, der stilles til dem. FST har samtidig nedsat en regional etableringsgruppe, som bl.a. har fået til opdrag at beskrive specialistrådgivningsfunktionerne yderligere, så der sikres et ensartet tilbud – dette er efterfølgende godkendt af FST.

FST har godkendt, at funktionerne etableres den 1. juni 2016, samt at der gennemføres en evaluering af funktionen i starten af 2017, hvor bl.a. rådgivningstelefonens 'åbningstid' og servicemålet mht. svartid indgår i evalueringen.

Økonomi

Der er afsat 8 mio. kr. årligt 2016-2018

Formål med specialist-rådgivningsfunktionerne

Punkt nr. 6 - Orientering om etablering af specialistrådgivning som del af udmøntningen af nationale kræftmidler

Bilag 1 - Side -2 af 5

Etableringsgruppen har i drøftelserne om etablering af specialist-rådgivningsfunktionen lagt vægt på, at funktionen skal understøtte bedre samspil mellem henvisende læger (primært almen praksis) og hospitalsspecialisterne, således at funktionen understøtter sammenhængende, udredningsforløb uden unødvendig ventetid.

Specialist-rådgivningsfunktionerne skal "levere" rådgivning og sparring om udredning af patienter med mistanke om kræftsygdom. Etableringsgruppen har endvidere lagt stor vægt på, at den dialog, funktionen skal understøtte, skal være gensidig, således at erfaringer og input fra fx almen praksis i lige så høj grad også skal være en del af dialogen. Den øgede specialisering samt fx etablering af fælles visitationsenheder i regionen (CVI'er) har medført, at der til tider kan være langt fra fx almen praksis til den relevante hospitalsspecialist. Specialist-rådgivningsfunktionerne skal understøtte, at den tætte dialog mellem relevante læger i et konkret patientforløb (gen)etableres.

Udover de ti nye specialist-rådgivningstelefoner, har regionen siden april 2012 haft specialist-rådgivningsfunktion i tilknytning til regionens fire diagnostiske enheder. Disse fastholdes uændret, og det er fortsat rådgivningstelefonen hos de diagnostiske enheder, som skal kontaktes, hvis det er en patient med uklare symptomer, hvor der er mistanke om alvorlig sygdom, men hvor mistanken ikke er organspecifik.

De ti nye specialist-rådgivningstelefoner dækker hver især et organspecifikt område, og det er et krav, at de dækker henvendelser fra hele regionen (i det omfang specialet samarbejder med Region Sjælland vedrørende kræft-forløbene, skal funktionen også kunne dække henvendelser derfra). Det stiller krav til bemanningen af telefonen om, at hospitalsspecialisten skal have et vist kendskab til den primære udredning og visitationskriterierne for de relevante kræftforløb både i og udenfor regionen. Flere afdelinger har understreget, at der allerede er etableret et godt samarbejde, men der er opmærksomhed rettet imod, at hvis specialist-rådgivningsfunktionerne får henvendelser fra fx praktiserende læger i Region Sjælland, så er der nogle kræftområder, hvor Region Sjælland samarbejder med Region Syddanmark (OUH) og ikke Region Hovedstaden, hvilket har betydning for, hvordan specialist-rådgivningsfunktionen kan vejlede og sparre med den kontaktende læge.

"Åbning" af specialist rådgivningsfunktionerne

Administrationen har vurderet, at det er vigtigt, at specialistrådgivningsfunktionerne etableres samtidigt, således at der kan udsendes samlet informationsmateriale om specialistrådgivningsfunktionerne til almen praksis og øvrige potentielle brugere af funktionen.

Implementeringen af dette initiativ skal sammen med en række øvrige initiativer fra regeringens sundhedsstrategi på kræftområdet forelægges regionens Praksisplansudvalg (PPU), således at PPU kan følge implementeringen af de forskellige initiativer. Under hensyntagen til både møderække hos PPU, og at flere hospitaler har rejst ønske

Punkt nr. 6 - Orientering om etablering af specialistrådgivning som del af udmøntningen af nationale kræftmidler

Bilag 1 - Side -3 af 5

om, at funktionen etableres med minimum 3 måneders varsel, indstiller etableringsgruppen, at funktionen etableres den 1. juni 2016

Telefonnumre

CIMT har stillet 10 fortløbende telefonnumre til rådighed (3869 7750 til 3869 7759). Telefonnumrene er oprindeligt reserveret til regionsgården, men det er vurderingen, at de også kan bruges i denne sammenhæng. Specialist-rådgivningsfunktionerne tildeles følgende telefonnumre:

3869 7750: Brystkræft (i regi af en mammakirurgisk afdeling), HGH
3869 7751: Urologiske kræftformer (i regi af en urologisk afdeling), HGH
3869 7752: Tyk- og endetarmskræft (i regi af en kirurgisk afdeling), HVH
3869 7753: Lungekræft (i regi af en lungemedicinsk enhed), BFH
3869 7754: Modermærkekræft (i regi af en dermatologisk afdeling), BFH
3869 7755: Hjernekræft (i regi af en neurologisk afdeling), NOH
3869 7756: Hovedhalskræft (i regi af en øre/næse/hals afdeling), RH
3869 7757: Gynækologisk kræft (i regi af en gynækologisk afdeling), RH
3869 7758: Øvre mave tarmkræft (i regi af en kirurgisk afdeling), RH
3869 7759: Hæmatologisk kræft (i regi af en hæmatologisk afdeling), RH

Afdelingerne har ønsket telefonnumre tilkoblet forskellige telefoner (mobil eller dect) afhængig af, hvordan modtagelsesforholdene er på hospitalerne. Udgifterne til telefoni afholdes af hospitalerne indenfor den ramme, de har fået tildelt til drift af specialist rådgivningsfunktionerne.

”Åbningstid” og svartider

FST havde oprindeligt godkendt etableringen af specialist rådgivningsfunktionerne med en åbningstid på 8-16 (mand.-tors.) og 8-15 (fredag), og det er også på det grundlag, at regionsrådet har bevilliget midlerne til etablering af funktionerne.

Af hensyn til vagtplanlægningen mv., er det mest hensigtsmæssigt, at åbningstiden bliver 8-15 alle dage. CSU har understreget, at dette i så fald skal godkendes af FST, og hvis en evaluering viser, at målgruppen (særligt almen praksis) finder det meget u hensigtsmæssigt, at funktionen ikke har ”åben” fra 8-16 på de nævnte dage, så kan det blive ændret, og en ændring af åbningstiden skal implementeres indenfor den økonomiske ramme, som hospitalerne har fået tildelt til etablering af funktionen.

Etableringsgruppen har også drøftet ”svartider” på specialist-rådgivningstelefonen. Det fremgår af beskrivelsen for etableringen af funktionen, at ”funktionen i udgangspunktet skal bemannes af en speciallæge med særligt kendskab til det relevante område, dog behøver det ikke altid at være en speciallæge, der besvarer telefonen initialt. Af hensyn til organisering af funktionen kan det i nogle tidsrum godt være en sygeplejerske/lægese sekretær, der besvarer telefonen, men det skal sikres, at der kan skabes den fornødne telefoniske kontakt til en speciallæge med særligt kendskab til området relativt hurtigt. Varetagelsen af funktionen skal tilrettelægges således, at der sikres den

Punkt nr. 6 - Orientering om etablering af specialistrådgivning som del af udmøntningen af nationale kræftmidler

Bilag 1 - Side -4 af 5

bedste anvendelse af speciallægeressourcerne, og således at funktionen også er bemandedet i ferier og andre lav-aktivitetsperioder.

Etableringsgruppen indstiller, at der fastsættes et servicemål for, at specialist rådgivningstelefonen skal besvares af en speciallæge med særligt kendskab til det konkrete område indenfor 15 min. Repræsentanten i etableringsgruppen fra almen praksis har understreget, at ventetid på 15 min i almen praksis kan være lang tid, særligt da funktionen er møntet på, at almen praksis skal kunne afklare en patients udredningsforløb, mens patienter er tilstede i klinikken (til en konsultation).

Det er vurderingen, at i langt de fleste tilfælde, vil funktionen blive besvaret med det samme af den relevante speciallæge, men indenfor nogle 'organ-områder' er der mange forskellige pakkeforløb/udredningsforløb, og det kan derfor være nødvendigt med en hurtig visitation på den konkrete afdeling, så det sikres, at det er den 'rigtige specialist', der besvarer spørgsmål og indgår i dialog med den kontaktende læge.

Det indstilles, at der indledningsvist fastsættes et servicemål på 15 min. (fra der ringes til der sikres kontakt til den relevante speciallæge), men at servicemålet indgår som en del af evalueringen af funktionen i starten af 2017.

Skriftligt materiale

Der udarbejdes information om specialist-rådgivningsfunktionerne til sundhed.dk, til regionens intranet og til regionens hjemmeside (til fagfolk). Information på intranettet og regionens hjemmeside, kan "pushes" til hospitalernes intranet og hjemmesider.

Monitorering og evaluering

Etableringsgruppen har drøftet, at der ikke findes registreringer, som kan monitorere på aktiviteten. Den eneste reelle mulighed er håndholdt registrering. Der er enighed om i etableringsgruppen at en kontinuerlig håndholdt registrering af aktiviteten ikke er hensigtsmæssig eller den mest optimale måde at anvende ressourcerne på.

Etableringsgruppen er enig om, at hvis der viser sig behov for kvantitativ monitorering, så må det baseres på udvalgte uger, hvor aktiviteten i så fald må registreres 'håndholdt'.

Ift. evalueringen af specialist-rådgivningsfunktionerne, så indstilles det, at den gennemføres i starten af 2017. Etableringsgruppen ønsker, at en evaluering primært baseret på kvalitative data fremfor kvantitet. Det anbefales endvidere, at både "svartid", bemanning og "åbningstid" indgår som konkrete emner i evalueringen.

Medlemmer af etableringsgruppen

Etableringsgruppen består af:

- Overlæge Lars Bo Svendsen, Kirurgisk Klinik, Rigshospitalet
- Klinikchef Mads Klokke, Klinik for Øre-næse-halssygdomme, Rigshospitalet
- Klinikchef Lene Lundvall, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet

Punkt nr. 6 - Orientering om etablering af specialistrådgivning som del af udmøntningen af nationale kræftmidler

Bilag 1 - Side -5 af 5

- Klinikchef Lars Kjeldsen, Hæmatologisk Klinik, Rigshospitalet
- Ledende overlæge Henrik Flyger, Brystkirurgisk afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Ledende oversygeplejerske Kirsten Rud, Urologiske afdeling, Herlev og Gentofte Hospital (Ledende overlæge Hans Stimpel, suppleant).
- Planlægningskonsulent Lene Kinimond Ørsted, Herlev og Gentofte Hospital
- Ledende overlæge Helle Frost Andreassen, Lungemedicinsk afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Afdelingslæge Katrine Elisabeth Karmisholt, Dermatologisk afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Ledende overlæge Kai Jensen, Neurologisk afdeling, Nordsjællands Hospital (suppleant for overlæge Birthe Krogh).
- Overlæge Jørn Pachler, gastroenheden, Amager og Hvidovre Hospital
- Ole Gram, CIMT
- Praktiserende læge Bjørn Perrild, KAP-H
- Mona-Lene Kjærgård, Enhed for Tværsektorielt Samarbejde, Center for Sundhed
- Karen Nørgaard, Enhed for Hospitalsplanlægning, Center for Sundhed
- Rikke Ørtved, Enhed for Hospitalsplanlægning, Center for Sundhed

Sagens videre forløb:

Etableringen af specialist-rådgivningsfunktionerne er et af flere initiativer, der skal implementeres i 2016 og 2017 for at styrke samspillet mellem hospitalerne og almen praksis om diagnostik af kræftpatienter (jf. regeringens sundhedsstrategi på kræftområdet).

Rammerne for indsatsen mellem hospitalerne og almen praksis fastlægges centralt og med inddragelse af Sundhedsstyrelsen, PLO og DSAM. Den konkrete implementering af initiativerne forankres i de regionale praksisplanudvalg (PPU'er).

FST har godkendt, at funktionerne etableres den 1. juni 2016, og indstiller denne 'åbningsdato' til PAS og PPU, samt at der gennemføres en evaluering af funktionen i starten af 2017, hvor bl.a. rådgivningstelefonens 'åbningstid' og samt servicemålet mht. svartid indgår i evalueringen.

Etableringen af specialist-rådgivningsfunktionerne forelægges Region Hovedstadens Praksisplansudvalg (PPU) den 27. maj 2016. Forud for forelæggelsen for PPU, drøftes alle initiativerne i regionens praksisplanens administrative styrgruppe (PAS) den 21. april 2016.

Kommunikation:

Der udarbejdes information om specialist-rådgivningsfunktionerne til sundhed.dk, til regionens intranet og til regionens hjemmeside.

Punkt nr. 8 - Status for brug af FMK aftalen
Bilag 1 - Side -1 af 2

FMK forbrug i Region Hovedstaden: maj 2015 - marts 2016

| FMK: ÅTD marts 2016 incl. Kommune | Total | | Maj 2015 | | Juni 2015 | | Juli 2015 | | August 2015 | | September 2015 | |
|--------------------------------------|---------------|-------------------------|---------------|----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|----------------|-------------------------|
| | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar |
| 101 - Københavns Kommune | 8.887 | kr. 2.666.100,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 78 | kr. 23.400,00 | 82 | kr. 24.600,00 | 29 | kr. 8.700,00 | 1.161 | kr. 348.300,00 |
| 147 - Frederiksberg Kommune | 1.523 | kr. 456.900,00 | 7 | kr. 2.100,00 | 254 | kr. 76.200,00 | 110 | kr. 33.000,00 | 139 | kr. 41.700,00 | 330 | kr. 99.000,00 |
| 151 - Ballerup Kommune | 789 | kr. 236.700,00 | 3 | kr. 900,00 | 17 | kr. 5.100,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 2 | kr. 600,00 | 41 | kr. 12.300,00 |
| 153 - Brøndby Kommune | 404 | kr. 121.200,00 | 13 | kr. 3.900,00 | 157 | kr. 47.100,00 | 105 | kr. 31.500,00 | 25 | kr. 7.500,00 | 32 | kr. 9.600,00 |
| 155 - Dragør Kommune | 142 | kr. 42.600,00 | | | | | | | | | 9 | kr. 2.700,00 |
| 157 - Gentofte Kommune | 1.306 | kr. 391.800,00 | | | 11 | kr. 3.300,00 | 10 | kr. 3.000,00 | 24 | kr. 7.200,00 | 306 | kr. 91.800,00 |
| 159 - Gladsaxe Kommune | 1.338 | kr. 401.400,00 | 3 | kr. 900,00 | 8 | kr. 2.400,00 | 22 | kr. 6.600,00 | | | 100 | kr. 30.000,00 |
| 161 - Glostrup Kommune | 151 | kr. 45.300,00 | 7 | kr. 2.100,00 | 20 | kr. 6.000,00 | 13 | kr. 3.900,00 | 10 | kr. 3.000,00 | 27 | kr. 8.100,00 |
| 163 - Herlev Kommune | 619 | kr. 185.700,00 | | | 3 | kr. 900,00 | 5 | kr. 1.500,00 | 21 | kr. 6.300,00 | 151 | kr. 45.300,00 |
| 165 - Albertslund Kommune | 297 | kr. 89.100,00 | | | 6 | kr. 1.800,00 | | | 1 | kr. 300,00 | 15 | kr. 4.500,00 |
| 167 - Hvidovre Kommune | 868 | kr. 260.400,00 | | | 21 | kr. 6.300,00 | 5 | kr. 1.500,00 | 19 | kr. 5.700,00 | 236 | kr. 70.800,00 |
| 169 - Høje-Taastrup Kommune | 590 | kr. 177.000,00 | 1 | kr. 300,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 2 | kr. 600,00 | 2 | kr. 600,00 | 115 | kr. 34.500,00 |
| 173 - Lyngby-Taarbæk Kommune | 1.301 | kr. 390.300,00 | | | 3 | kr. 900,00 | 2 | kr. 600,00 | 5 | kr. 1.500,00 | 24 | kr. 7.200,00 |
| 175 - Rødovre Kommune | 517 | kr. 155.100,00 | | | 6 | kr. 1.800,00 | 25 | kr. 7.500,00 | 29 | kr. 8.700,00 | 185 | kr. 55.500,00 |
| 183 - Ishøj Kommune | 162 | kr. 48.600,00 | 3 | kr. 900,00 | 19 | kr. 5.700,00 | 24 | kr. 7.200,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 12 | kr. 3.600,00 |
| 185 - Tårnby Kommune | 658 | kr. 197.400,00 | | | 5 | kr. 1.500,00 | 6 | kr. 1.800,00 | 13 | kr. 3.900,00 | 174 | kr. 52.200,00 |
| 187 - Vallensbæk Kommune | 179 | kr. 53.700,00 | 6 | kr. 1.800,00 | 17 | kr. 5.100,00 | 10 | kr. 3.000,00 | 9 | kr. 2.700,00 | 35 | kr. 10.500,00 |
| 190 - Furesø Kommune | 557 | kr. 167.100,00 | 3 | kr. 900,00 | 1 | kr. 300,00 | 2 | kr. 600,00 | 3 | kr. 900,00 | 186 | kr. 55.800,00 |
| 201 - Allerød Kommune | 208 | kr. 62.400,00 | | | 8 | kr. 2.400,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 10 | kr. 3.000,00 | 97 | kr. 29.100,00 |
| 210 - Fredensborg Kommune | 327 | kr. 98.100,00 | 11 | kr. 3.300,00 | 40 | kr. 12.000,00 | 39 | kr. 11.700,00 | 50 | kr. 15.000,00 | 49 | kr. 14.700,00 |
| 217 - Helsingør Kommune | 309 | kr. 92.700,00 | 13 | kr. 3.900,00 | 87 | kr. 26.100,00 | 42 | kr. 12.600,00 | 23 | kr. 6.900,00 | 25 | kr. 7.500,00 |
| 219 - Hillerød Kommune | 186 | kr. 55.800,00 | 13 | kr. 3.900,00 | 39 | kr. 11.700,00 | 18 | kr. 5.400,00 | 10 | kr. 3.000,00 | 28 | kr. 8.400,00 |
| 223 - Hørsholm Kommune | 300 | kr. 90.000,00 | | | 71 | kr. 21.300,00 | 128 | kr. 38.400,00 | 32 | kr. 9.600,00 | 27 | kr. 8.100,00 |
| 230 - Rudersdal Kommune | 1.165 | kr. 349.500,00 | 2 | kr. 600,00 | 11 | kr. 3.300,00 | 9 | kr. 2.700,00 | 16 | kr. 4.800,00 | 366 | kr. 109.800,00 |
| 240 - Egedal Kommune | 319 | kr. 95.700,00 | 2 | kr. 600,00 | 1 | kr. 300,00 | | | 5 | kr. 1.500,00 | 179 | kr. 53.700,00 |
| 250 - Frederikssund Kommune | 603 | kr. 180.900,00 | 1 | kr. 300,00 | 2 | kr. 600,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 162 | kr. 48.600,00 | 379 | kr. 113.700,00 |
| 260 - Halsnæs Kommune | 253 | kr. 75.900,00 | | | | | | | 1 | kr. 300,00 | 74 | kr. 22.200,00 |
| 270 - Gribskov Kommune | 727 | kr. 218.100,00 | | | 1 | kr. 300,00 | | | 1 | kr. 300,00 | 12 | kr. 3.600,00 |
| 400 - Bornholms Regionskommune | 1.216 | kr. 364.800,00 | 1 | kr. 300,00 | 27 | kr. 8.100,00 | 131 | kr. 39.300,00 | 36 | kr. 10.800,00 | 66 | kr. 19.800,00 |
| Total | 25.901 | kr. 7.770.300,00 | 93 | kr. 27.900,00 | 917 | kr. 275.100,00 | 802 | kr. 240.600,00 | 681 | kr. 204.300,00 | 4.441 | kr. 1.332.300,00 |

Punkt nr. 8 - Status for brug af FMK aftalen
Bilag 1 - Side -2 af 2

FMK forbrug i Region Hovedstaden: maj 2015 - marts 2016

| FMK: ÅTD februar 2016 incl. Kommune | Oktober 2015 | | November 2015 | | December 2015 | | Januar 2016 | | februar 2016 | | marts 2016 | |
|--|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|
| | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar | Antal Ydelser | Brutto Honorar |
| 101 - Københavns Kommune | 1.789 | kr. 536.700,00 | 2.936 | kr. 880.800,00 | 999 | kr. 299.700,00 | 549 | kr. 164.700,00 | 696 | kr. 208.800,00 | 564 | kr. 169.200,00 |
| 147 - Frederiksberg Kommune | 197 | kr. 59.100,00 | 293 | kr. 87.900,00 | 114 | kr. 34.200,00 | 39 | kr. 11.700,00 | 27 | kr. 8.100,00 | 13 | kr. 3.900,00 |
| 151 - Ballerup Kommune | 60 | kr. 18.000,00 | 237 | kr. 71.100,00 | 366 | kr. 109.800,00 | 49 | kr. 14.700,00 | 6 | kr. 1.800,00 | 4 | kr. 1.200,00 |
| 153 - Brøndby Kommune | 15 | kr. 4.500,00 | 18 | kr. 5.400,00 | 21 | kr. 6.300,00 | 8 | kr. 2.400,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 6 | kr. 1.800,00 |
| 155 - Dragør Kommune | 15 | kr. 4.500,00 | 13 | kr. 3.900,00 | 39 | kr. 11.700,00 | 2 | kr. 600,00 | 24 | kr. 7.200,00 | 40 | kr. 12.000,00 |
| 157 - Gentofte Kommune | 207 | kr. 62.100,00 | 343 | kr. 102.900,00 | 315 | kr. 94.500,00 | 30 | kr. 9.000,00 | 24 | kr. 7.200,00 | 36 | kr. 10.800,00 |
| 159 - Gladsaxe Kommune | 206 | kr. 61.800,00 | 410 | kr. 123.000,00 | 364 | kr. 109.200,00 | 27 | kr. 8.100,00 | 78 | kr. 23.400,00 | 120 | kr. 36.000,00 |
| 161 - Glostrup Kommune | 16 | kr. 4.800,00 | 14 | kr. 4.200,00 | 19 | kr. 5.700,00 | 7 | kr. 2.100,00 | 1 | kr. 300,00 | 17 | kr. 5.100,00 |
| 163 - Herlev Kommune | 77 | kr. 23.100,00 | 164 | kr. 49.200,00 | 189 | kr. 56.700,00 | 1 | kr. 300,00 | 2 | kr. 600,00 | 6 | kr. 1.800,00 |
| 165 - Albertslund Kommune | 16 | kr. 4.800,00 | 134 | kr. 40.200,00 | 106 | kr. 31.800,00 | 7 | kr. 2.100,00 | 8 | kr. 2.400,00 | 4 | kr. 1.200,00 |
| 167 - Hvidovre Kommune | 157 | kr. 47.100,00 | 235 | kr. 70.500,00 | 106 | kr. 31.800,00 | 9 | kr. 2.700,00 | 78 | kr. 23.400,00 | 2 | kr. 600,00 |
| 169 - Høje-Taastrup Kommune | 159 | kr. 47.700,00 | 152 | kr. 45.600,00 | 133 | kr. 39.900,00 | 3 | kr. 900,00 | 8 | kr. 2.400,00 | 11 | kr. 3.300,00 |
| 173 - Lyngby-Taarbæk Kommune | 46 | kr. 13.800,00 | 141 | kr. 42.300,00 | 568 | kr. 170.400,00 | 354 | kr. 106.200,00 | 109 | kr. 32.700,00 | 49 | kr. 14.700,00 |
| 175 - Rødovre Kommune | 138 | kr. 41.400,00 | 88 | kr. 26.400,00 | 25 | kr. 7.500,00 | 6 | kr. 1.800,00 | 8 | kr. 2.400,00 | 7 | kr. 2.100,00 |
| 183 - Ishøj Kommune | 9 | kr. 2.700,00 | 27 | kr. 8.100,00 | 55 | kr. 16.500,00 | 2 | kr. 600,00 | 2 | kr. 600,00 | 5 | kr. 1.500,00 |
| 185 - Tårnby Kommune | 171 | kr. 51.300,00 | 232 | kr. 69.600,00 | 36 | kr. 10.800,00 | 8 | kr. 2.400,00 | 10 | kr. 3.000,00 | 3 | kr. 900,00 |
| 187 - Vallensbæk Kommune | 26 | kr. 7.800,00 | 40 | kr. 12.000,00 | 29 | kr. 8.700,00 | 2 | kr. 600,00 | 3 | kr. 900,00 | 2 | kr. 600,00 |
| 190 - Furesø Kommune | 178 | kr. 53.400,00 | 112 | kr. 33.600,00 | 48 | kr. 14.400,00 | 10 | kr. 3.000,00 | 8 | kr. 2.400,00 | 6 | kr. 1.800,00 |
| 201 - Allerød Kommune | 69 | kr. 20.700,00 | 4 | kr. 1.200,00 | 4 | kr. 1.200,00 | | | 7 | kr. 2.100,00 | 5 | kr. 1.500,00 |
| 210 - Fredensborg Kommune | 49 | kr. 14.700,00 | 37 | kr. 11.100,00 | 17 | kr. 5.100,00 | 1 | kr. 300,00 | 17 | kr. 5.100,00 | 17 | kr. 5.100,00 |
| 217 - Helsingør Kommune | 17 | kr. 5.100,00 | 18 | kr. 5.400,00 | 27 | kr. 8.100,00 | 11 | kr. 3.300,00 | 17 | kr. 5.100,00 | 29 | kr. 8.700,00 |
| 219 - Hillerød Kommune | 21 | kr. 6.300,00 | 21 | kr. 6.300,00 | 15 | kr. 4.500,00 | 1 | kr. 300,00 | 5 | kr. 1.500,00 | 15 | kr. 4.500,00 |
| 223 - Hørsholm Kommune | 17 | kr. 5.100,00 | 11 | kr. 3.300,00 | 3 | kr. 900,00 | 1 | kr. 300,00 | 1 | kr. 300,00 | 9 | kr. 2.700,00 |
| 230 - Rudersdal Kommune | 253 | kr. 75.900,00 | 223 | kr. 66.900,00 | 231 | kr. 69.300,00 | 23 | kr. 6.900,00 | 14 | kr. 4.200,00 | 17 | kr. 5.100,00 |
| 240 - Egedal Kommune | 89 | kr. 26.700,00 | 29 | kr. 8.700,00 | 11 | kr. 3.300,00 | | | | | 3 | kr. 900,00 |
| 250 - Frederikssund Kommune | 13 | kr. 3.900,00 | 3 | kr. 900,00 | 7 | kr. 2.100,00 | 7 | kr. 2.100,00 | 1 | kr. 300,00 | 24 | kr. 7.200,00 |
| 260 - Halsnæs Kommune | 83 | kr. 24.900,00 | 35 | kr. 10.500,00 | 54 | kr. 16.200,00 | 1 | kr. 300,00 | 1 | kr. 300,00 | 4 | kr. 1.200,00 |
| 270 - Gribskov Kommune | 126 | kr. 37.800,00 | 259 | kr. 77.700,00 | 308 | kr. 92.400,00 | 12 | kr. 3.600,00 | 3 | kr. 900,00 | 5 | kr. 1.500,00 |
| 400 - Bornholms Regionskommune | 59 | kr. 17.700,00 | 190 | kr. 57.000,00 | 434 | kr. 130.200,00 | 40 | kr. 12.000,00 | 185 | kr. 55.500,00 | 47 | kr. 14.100,00 |
| Total | 4.278 | kr. 1.283.400,00 | 6.419 | kr. 1.925.700,00 | 4.643 | kr. 1.392.900,00 | 1.210 | kr. 363.000,00 | 1.347 | kr. 404.100,00 | 1.070 | kr. 321.000,00 |

Programerklæring for patientinddragelsesudvalget

i Region Hovedstaden 2016-2018

Dato: 5. februar 2016

Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg blev nedsat den 20. juni 2014 i henhold til Bekendtgørelsen om patientinddragelsesudvalg, der trådte i kraft den 24. marts 2014.

Patientinddragelsesudvalgets kompetencer:

PIU's SKAL-OPGAVER:

I forhold til praksisplanen:

- inddrages i drøftelsen af emner inden for praksisplanerne for almen praksis' emneområder (§ 4)
- indkaldes til et møde af praksisplanudvalget inden udarbejdelsen af den første praksisplan i hver valgperiode (§ 5)
- høres i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen og ved revision af planen (§ 5)

I forhold til Sundhedsaftalen:

- inddrages i drøftelsen af emner inden for sundhedskoordinationsudvalgets emneområder (§ 4),
- indkaldes til et møde af sundhedskoordinationsudvalget inden udarbejdelsen af udkastet til en sundhedsaftale i hver valgperiode (§ 6),
- høres i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen og ved evt. revision af aftalen (§ 6)

PIU's KAN-OPGAVER :

- afgive udtalelser vedrørende emner inden for PIU's kompetenceområder, samt drøfte og kommentere emner, relevante for sammenhængen i patientforløb (§§ 3 og 4)

PIU har indtil nu indgået samarbejdsaftaler med:

Sundhedskoordineringsudvalg (SKU) og Praksisplanudvalg (PPU)

Regionshandicaprådet (RHR)

De andre regionale Patientinddragelsesudvalg

PIU år 2014-2018 – særlige fokusområder:

Da Region Hovedstaden ikke tidligere har haft et formaliseret patientinddragelsesorgan, udover de nedlagte dialogfora, har PIU involveret sig i:

- Budget processerne
- Hospitalsplanlægningsprocesserne.
- Implementeringen af indgået Sundhedsaftale, Praksisplanaftale og andre aftaler, hvortil PIU har afgivet høringssvar eller deltaget i samarbejdsprocesser
- God brugerinddragelsespraksis i regionen og hos de tværsektorielle samarbejdspartnere
- Sundhedsplatformen

PIUs prioriterede fokusområder:

- I. Brugerinddragelse
- II. Tilgængelighed (og indsigt)
- III. Lighed i sundhed
- IV. Sammenhængende forløb

I. Brugerinddragelse

PIU lægger vægt på:

- At være opdaterede på undersøgelser og ny viden. Der trækkes på udvalgsmedlemmernes viden og erfaringer – VIBIS, KORA, de øvrige regioner osv.
- At levere et troværdigt input, der udover at være baseret på egne erfaringer som organisatoriske medlemmer, også rummer egne erfaringer som patient eller pårørende i sundhedsvæsenet.

PIU har udarbejdet en 'blå bog' over de enkelte medlemmers kompetencer, netværk og erfaringsgrundlag.

PIUs medlemmer deltager efter aftale med regionens udvalg, Regionsrådet og lignende i arbejdsgrupper, fællesmøder etc., såfremt det prioriteres af formandskabet/PIU med udgangspunkt i, at medlemmerne har ressourcer til dette, ud over PIUs almindelige arbejde.

PIU tilstræber, at der er flere end en person, der deltager i disse fora.

PIUs ARBEJDSGRUNDLAG

Når PIU deltager i diverse opgaver som brugerrepræsentanter, lægger udvalget vægt på, at der er et afklaret mål og ramme for inddragelsen, og at der sker en evaluering af indsatsen.

Præmisser for organisatorisk patientinddragelse:

Når PIU indgår eller udpeger repræsentanter til at indgå i samarbejdsprocesser og udvalg/arbejdsgrupper forventes følgende elementer at være afstemt:

- Omfang og mål for, hvad den organisatoriske brugerinddragelse handler om
- Præmisserne for det, herunder diæter og transportgodtgørelse, skal være afklaret. Både mål og præmisserne skal være kendt af alle dem, der deltager i det forum, man er i.
- At det inden opstart af processen er fastlagt, hvorledes den organisatoriske inddragelsesproces evalueres, opsamles og anvendes i fremtiden. (Læringsperspektiv). Evaluering af indsatsen skal som minimum indeholde, hvad det har betydet, at der har været brugerrepræsentanter med i processen.
- At der i forbindelse med invitationen sker en forventningsafstemning, herunder at den, der inviterer brugerrepræsentanter, er godt klædt på til at lede en organisatorisk brugerinddragelse, der tager afsæt i brugerens generelle behov og viden. Herunder skal der være opmærksomhed på, om det vil være ønskeligt for processen, om:
 - en eller anden form for uddannelse/træning er nødvendig for bruger og/eller indkalderen
 - der deltager to eller flere personer fra PIU (somatik/psykiatri; kronisk sygdom/ældre osv) samt om der evt. udpeges stedfortræder/suppleant.
- At gensidig respekt og ligeværdighed er udgangspunktet i partnerskabet mellem PIU og samarbejdspartnerne.
- At indfaldsvinklen til enhver tid er, at patientrollen opfattes ud fra tidens etiske og moralske gældende normer.

II. Tilgængelighed (og indsigt)

PIU lægger vægt på:

- borgernes tilgængelighed til egne data/journal.
- tilgængelighed til sundhedstilbud og sundhedspersonale med afsæt i overholdelse af FNs Handicapkonvention (fysisk, psykisk, kommunikativt).
- at sundhedstilbud, kommunikation etc. tager udgangspunkt i den enkelte patients/pårørendes forhold, sundhedskompetence, ønsker/mål og personlige ressourcer.
- at patienter/pårørende opfattes som ligeværdige partnere og understøttes, såfremt der er behov for dette i situationen (jf. Handicapkonventionen).
- at patienters indrapportering bliver supporteret og brugt af sundhedspersonalet, og at der sker en tilbagemelding til patienten/pårørende (Utilsigtede hændelser, svar på LUP eller andre tilfredshedsundersøgelser, deltagelse i udviklingsprojekter mm)

III. Lighed i sundhed

PIU lægger vægt på:

- At lighed i sundhed ikke opfattes alene ud fra sociale parametre, men også ud fra den aktuelle psykiske og fysiske funktionsevne og personens sundhedskompetence.
- At tilbuddene skal tilrettelægges individuelt og ud fra den enkeltes behov, ønsker, viden og ressourcer.
- At være opmærksomme på, at det i dag er de stærke patienter, der får tildelt flest ressourcer; måske på bekostning af mindre ressourcestærke.
- At der skal tages specielt hensyn til børn, unge og svækkede og sårbare voksne.

IV. Sammenhængende forløb

PIU lægger vægt på, at:

- Der er en rød tråd i hele patientens forløb startende fra en tilstands opståen med patienten i centrum som partner.

Vigtige elementer for et patientoplevet sammenhængende forløb er:

- Særlig opmærksomhed på, at mange borgere har flere sygdomme og diagnoser med hver deres behandlings- og rehabiliteringsforløb, som ikke altid passer sammen.
- Ansvarlighed hos sundhedsvæsenet og personalet, som også tager initiativ og følger op.

Forløbet stopper således aldrig, når døren lukkes til konsultationen. Personalet skal tænke videre til næste afdeling og næste sektor.

Der skal være 'broer mellem de øer', som patienten kommer i kontakt med.

Det er vigtigt med partnerskaber mellem patient og sundhedspersonale for at opnå værdighed i relationen mellem patient og behandler og højere patientoplevet livskvalitet.

PIUs arbejdsform

PIU ønsker ved sin deltagelse, arbejdsform og præstation at kunne fungere som gode repræsentanter for organisatorisk patientinddragelse og derved som et godt eksempel (rollemodel) til efterfølgelse i det sammenhængende patientcentrerede sundhedsvæsen.

PIU lægger vægt på at bidrage med troværdige skriftlige og gennemarbejdede høringsvar, som har været drøftet blandt udvalgsmedlemmerne og afspejler bredden, erfaring og viden i udvalget.

Derfor lægger udvalget også stor vægt på rimelige høringsfrister og rettidig inddragelse.

PIUs drøftelser tager afsæt i oplæg ved de enkelte sagsbehandlere og/eller eksterne bidrag.

Punkt nr. 9 - Orientering om patientinddragelsesudvalgets programmerklæring Bilag 1 - Side -6 af 6

PIU evaluerer sin egen funktion og betydningen af udvalgets arbejde. PIU efterspørger løbende, hvorledes PIUs/medlemmernes bidrag opleves og bliver anvendt i en eventuel videre proces.

PIU kan lade sig repræsentere i relevante paneler, regionens politiske udvalg, implementeringsgrupper, arbejdsgrupper mv.

PIU kan vælge på opfordring at pege på andre kompetente patientrepræsentanter, såfremt de ikke selv har mulighed for at deltage. I så fald skal der ske en afrapportering til PIU.

- Ved udpegning tilstræbes samme bredde for repræsentation som i PIU i hht. Bekendtgørelsen dvs. gennem DP, DH, Ældresagen og Regionsælderrådet. Dette kan i særlige tilfælde fravælges, såfremt opgaven vurderes bedre at kunne varetages af patientrepræsentant/-er med specifikke kompetencer, som bedre matcher formålet for inddragelse. (Se BOKS med Arbejdsgrundlag)

PIU ønsker at søge at holde stedfortrædere orienterede, da virkeligheden har vist, at udvalgsmedlemmerne er sårbare, og der sker en vis udskiftning undervejs.

PIU ønsker i god tid inden udpegning af det nye PIU i **2018** at indgå i en afrapportering og glidende opgaveoverdragelse.

Denne programmerklæring revideres, når det besluttet på et PIU-møde, eller senest ved nedsættelse af et nyt PIU i 2018.

Programerklæringen blev godkendt af PIU den 5. februar 2016

FAKTA: SUNDHEDSPLATFORMEN

02.03.16

Overblik over sundhedsdata med én fælles patientjournal og modernisering af hospitalernes it

Sundhedsplatformen er en ny digital løsning, der samler alle informationer om patienten i én elektronisk journal. Der er tale om Danmarks største sundheds-it-projekt, der moderniserer hospitalernes it, forenkler arbejdsgange og samler informationer for patienter ét sted.

- **Alle hospitaler kobles på:** Systemet indføres på alle hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland i 2016-2017.
- **Forældede systemer udskiftes:** Sundhedsplatformen træder i stedet for regionernes nuværende patientjournaler og erstatter op mod 30 forældede og usammenhængende it-systemer.
- **Personale og patienter får adgang:** 44.000 ansatte og 2,5 mio. borgere kan bruge systemet.

Arbejdsgange optimeres

Moderniseringen medfører en omfattende omstilling af arbejdsgange på hospitalerne. Sundhedsplatformen er derfor ikke blot et nyt it-system. Det er en ny måde at organisere arbejdet på. Sundhedsplatformen betyder, at mange manuelle processer fremover sker automatisk – fx bestilling af operationsstuer og smertestillende medicin. Dermed bliver behandlingsforløbene mere effektive og sikre for patienten.

Grundlag for bedre behandling

Sundhedsplatformen skal bidrage til bedre behandling, øget patientsikkerhed og sammenhængende behandlingsforløb på tværs af afdelinger og hospitaler. Det nye digitale løsning giver personalet overblik, så de nemmere kan lave veltilrettelagte behandlingsforløb. De ansatte kan også lettere finde og registrere sundhedsdata. Samtidig advarer systemet automatisk lægerne, hvis der er tegn på problematiske medicindoser eller andet, de især skal være opmærksomme på.

Patienter får nem adgang

Sundhedsplatformen betyder, at patienterne nemmere kan følge med i behandlingen. Danskere er blandt de bedste i verden til at bruge it, så Sundhedsplatformens digitale muligheder er en serviceforbedring: Patienterne kan aktivt følge med i deres journal, se prøvesvar, læse lægens resumé og booke tid til udvalgte undersøgelser.

- **Bedre dialog:** Sundhedsplatformen betyder, at patienterne nemt kan komme i dialog med personalet. Det er bl.a. en fordel for patienter i længere behandlingsforløb, fx kronikere eller kræftpatienter, som har ekstra behov for viden og medvirken i egen behandling.
- **Nem login:** Patienter kan logge på med NemID, og pårørende med en fuldmagt kan også få adgang.

Indføres i 2016 og 2017

Sundhedsplatformen indføres på hospitalerne fra foråret 2016 til udgangen af 2017:

| Tid | Hospital |
|----------|---|
| 21.05.16 | Herlev og Gentofte Hospital |
| 05.11.16 | Rigshospitalet |
| 18.03.17 | Nordsjællands Hospital, Amager Hvidovre Hospital og Bornholms Hospital |
| 20.05.17 | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Region Hovedstadens Psykiatri |
| 23.09.17 | Sygehusene i Nykøbing Falster, Næstved, Slagelse og Ringsted |
| 18.11.17 | Sygehusene i Roskilde, Køge og Holbæk og Region Sjællands Psykiatri |

Punkt nr. 10 - Orientering om Region Hovedstadens Hospitalers overgang til sundhedsplatformen

Bilag 1 - Side -2 af 2

Nødvendig modernisering

Både Region Hovedstaden og Region Sjælland stod overfor at skulle udskifte de eksisterende, cirka 15 år gamle, it-systemer. De eksisterende systemer har en forældet teknologi med en dårlig og usammenhængende funktionalitet. Derfor var det nødvendigt at anskaffe et nyt system.

Sundhedsplatformen, som softwareleverandøren Epic har udviklet, blev valgt på baggrund af et offentligt udbud, hvor fem leverandører gav tilbud på at løse opgaven. Her leverede Epic det stærkeste bud – blandt andet ud fra funktionalitet, økonomi, implementering, samarbejde og teknik.

Skræddersyet til danske hospitaler

Sundhedsplatformen er baseret på et gennemprøvet system fra den amerikanske softwareleverandør Epic. Systemet bruges på 1.100 hospitaler verden over.

Siden 2014 år har mere end 300 sundhedsfaglige, it-specialister, og projektledere i de to regioner udviklet Sundhedsplatformen, så løsningen er tilpasset vores sundhedsvæsen. Læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale har testet systemet og godkendt både opsætning og indhold.

Omstilling medfører gener – men store forbedringer forude

Sundhedsplatformen indføres på et hospital ad gangen, så patienterne mærker færrest gener, mens personalet bliver oplært i det nye system. Der kan opstå ventetid og situationer, hvor behandlingsforløb forsinkes, og patienter skal behandles på et andet hospital end først planlagt. Hospitalerne kan aflaste hinanden og gøre alt for, at patienter med akutte behandlingsbehov ikke berøres.

Systemet er indført med succes i både USA og Europa og servicerer 172 mio. patienter. Erfaringen fra udlandet og andre store organisationsforandringer er, at de først tre-fire måneder er krævende, og det tager typisk et år, før alle nye muligheder udnyttes fuldt ud.

Fordelene viser sig løbende og for alvor, når alle hospitaler har indført systemet. Sundhedsplatformen er dermed ikke fuldt udbygget fra starten. Løsningen videreudvikles i takt med de kommende års behov og økonomiske muligheder.

Investering tjener sig ind

Region Sjælland har bevilget 700 mio. kr. til Sundhedsplatformen, og Region Hovedstaden forventer at bruge 2,1 mia. kr. Heraf udgør Region Hovedstadens samlede projektbevilling 1,03 mia. kr. Investeringen dækker anskaffelse og support af systemet, mens godt 1,1 mia. kr. går til interne omkostninger; bl.a. uddannelse og træning.

Sundhedsplatformens business case viser, at investeringen tjener sig hjem på cirka ti år bl.a. fordi man ikke skal vedligeholde de mange gamle it-systemer. Der forventes også færre sengedage og genindlæggelser, fordi det bliver nemmere at planlægge effektive behandlingsforløb. Desuden slipper hospitalerne for at lave dyre undersøgelser flere gange, fordi de fremover kan se hinandens resultater.

Det øvrige sundhedsvæsen kan også kobles på

Sundhedsplatformen giver også mulighed for, at bl.a. praktiserende læger, speciallæger og hjemmesygeplejersker kobles på systemet. I foråret 2017 gennemføres et pilotprojekt, der giver eksterne fagfolk mulighed for at se relevante oplysninger om patientforløbet. Bagefter skal det afklares, i hvilket omfang det øvrige sundhedsvæsen kan kobles på Sundhedsplatformen.

De fem regioner har i dag adgang til journaloplysninger på tværs af regioner via sundhedsjournalen på sundhed.dk. Oplysninger fra Sundhedsplatformen overføres fremover til sundhedsjournalen; den nationale patientjournal.

Mere info: sundhedsplatform.dk

Til kommunerne i Region Hovedstaden

Opgang B & D
Telefon 3866 6102
Mail csu@regionh.dk

Dato: 11. maj 2016

Orientering om Region Hovedstadens overgang til Sundhedsplatformen

Den 21. maj 2016 overgår Herlev og Gentofte Hospital som det første af Region Hovedstadens hospitaler til den nye Sundhedsplatform.

Sundhedsplatformen er en ny digital løsning, der samler alle informationer om patienten i én elektronisk journal på hospitalerne. Der er tale om Danmarks største sundheds-it-projekt, der moderniserer hospitalernes it, forenkler arbejdsgange og samler informationer for patienter ét sted. Samtidig medfører det en omfattende omstilling af arbejdsgange på hospitalerne.

Tidsplanen for de øvrige hospitalers overgang til sundhedsplatformen er:

| | |
|---------------|--|
| November 2016 | Rigshospitalet |
| Marts 2017 | Nordsjællands Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Bornholms Hospital. |
| Maj 2017 | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Region Hovedstadens Psykiatri. |

Hvad betyder det for den tværasektorielle kommunikation?

I dag foregår elektronisk tværasektoriel kommunikation mellem hospitaler og kommuner via de nationalt vedtagne MedCom-standarde. Det drejer sig blandt andet om korrespondancemeddelelserne, genoptræningsplaner, FMK og de 4 hjemmeplejehospitalsmeddelelser.

Alle de tværasektorielle elektroniske meddelelsetyper er indarbejdet i den nye Sundhedsplatform i de nyeste versioner og certificeret/godkendt af MedCom, så de lever op til vedtagne standarde. Det betyder, at kommuner vil kunne sende og modtage/se disse meddelelser, som de plejer.

Punkt nr. 10 - Orientering om Region Hovedstadens Hospitalers overgang til sundhedsplatformen

Bilag 2 - Side -2 af 2

Herlev og Gentofte Hospitals overgang til Sundhedsplatformen den 20./21.maj

I forbindelse med det enkelte hospitals overgang til Sundhedsplatformen, vil der i et kortere tidsrum være behov for at lukke for modtagelse af alle tværsektorielle meddelelser.

I forbindelse med Herlev og Gentofte Hospitals overgang til Sundhedsplatformen, vil der blive lukket for modtagelse af alle tværsektorielle meddelelser i tidsrummet fra **kl 12:00 den 20. maj til kl 03:00 den 21. maj**. Alle meddelelser der sendes til hospitalet i dette tidsrum, vil blive sat i kø og tilgå hospitalet, når der åbnes op for Sundhedsplatformen kl 03:00. Kommunerne vil først modtage positive/negative kvitteringer for fremsendelse, når meddelelserne modtages i Sundhedsplatformen. I dette tidsrum skal al uopsættelig kommunikation mellem sektorerne ske pr. telefon, svarende til den eksisterende ”nødprocedureaftale” mellem kommuner og regionen. –

Nødproceduren kan ses på dette link: [Nødprocedure](#)

Kommunerne skal være opmærksomme på, at der fra kl 18:00 den 20. maj til kl 03:00 den 21.maj sker overførsel af patienter fra det gamle patientadministrative system til Sundhedsplatformen. Dette udløser beklageligvis en genfremsendelse af indlæggelsesadvis fra Sundhedsplatformen til kommunerne for patienter, der er indlagt.

Opstår der udfordringer og spørgsmål vedrørende konkrete patientforløb, kontaktes samordningskonsulenterne på Herlev og Gentofte Hospital på vanlig vis.

Kontaktinformation for samordningskonsulenterne kan ses på nedenstående link: [Samordningskonsulenterne](#)

Der er allerede aftaler mellem parterne om ”nødprocedure” for hvem man skal kontakte og hvordan man skal forholde sig ved evt. nedbrud i en eller flere af de elektroniske meddelelser/systemer. Det er de samme kanaler, der skal anvendes, hvis der opstår behov herfor i forbindelse med overgangen til Sundhedsplatformen.

For kommunerne gælder ifølge den aftalte ”nødprocedure” at

- driftsvagten i CIMT skal kontaktes pr mail på driftsvagt@regionh.dk af kommunernes it-driftsafdelinger
- der i tidsrum for nedbrud benyttes telefonisk kontakt sektorerne imellem om oplysninger vedrørende konkrete borgere

Med venlig hilsen

Conni Christiansen
Chefkonsulent
Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Enhed for Tværsektoriel

Til praktiserende læger og praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden

Opgang B & D
Telefon 3866 6102
Mail csu@regionh.dk

Dato: 3.maj 2016

Orientering om Region Hovedstadens overgang til Sundhedsplatformen

Den 21. maj 2016 overgår Herlev og Gentofte Hospital, som det første af Region Hovedstadens hospitaler, til den nye Sundhedsplatform.

Sundhedsplatformen er en ny digital løsning, der samler alle informationer om patienten i én elektronisk journal på hospitalerne. Der er tale om Danmarks største sundheds-it-projekt, der moderniserer hospitalernes it, forenkler arbejdsgange og samler informationer for patienter ét sted. Samtidig medfører det også en omfattende omstilling af arbejdsgange på hospitalerne.

Tidsplanen for de øvrige hospitalers overgang til sundhedsplatformen er:

| | |
|---------------|--|
| November 2016 | Rigshospitalet |
| Marts 2017 | Nordsjællands Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Bornholms Hospital. |
| Maj 2017 | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Region Hovedstadens Psykiatri. |

Hvad betyder det for den tværasektorielle kommunikation?

I dag foregår elektronisk tværasektoriel kommunikation mellem hospitaler og praktiserende læger og praktiserende speciallæger via de nationalt vedtagne MedCom-standarder. Det drejer sig blandt andet om korrespondancemeddelelserne, FMK, henvisninger og epikriser.

Alle de tværasektorielle elektroniske meddelelsetyper er indarbejdet i den nye Sundhedsplatform i de nyeste versioner og certificeret/godkendt af MedCom, så de lever op til vedtagne standarder. Det betyder, at praktiserende læger og praktiserende speciallæger vil sende og modtage/ se disse meddelelser, som de plejer.

Punkt nr. 10 - Orientering om Region Hovedstadens Hospitalers overgang til sundhedsplatformen

Bilag 3 - Side -2 af 2

Dog tilgodeser Sundhedsplatformen praksis ønske om, at epikrisen omstruktureres, så det vigtigste/det der kræver en handling, placeres først i epikrisen. Epikriserne vil også indeholde mere strukturerede data.

Advisering af dødsfald vil i en overgangsperiode blive fremsendt manuelt via en korrespondancemeddelelse til almen praksis og ikke som i dag via en automatisk genereret korrespondancemeddelelse.

Herlev og Gentofte Hospitals overgang til Sundhedsplatformen den 20./21.maj

I forbindelse med det enkelte hospitals overgang til Sundhedsplatformen, vil der i et kortere tidsrum være behov for at lukke for modtagelse af alle tværsektorielle meddelelser, ligesom det i en periode vil forekomme, at CVI omvisiterer patienter til andre hospitaler i Region Hovedstaden.

I forbindelse med Herlev og Gentofte Hospitals overgang til Sundhedsplatformen, vil der blive lukket for modtagelse af alle tværsektorielle meddelelser i tidsrummet fra kl 12:00 den 20. maj til kl 03:00 den 21. maj. Alle meddelelser der sendes til hospitalet i dette tidsrum, vil blive sat i kø og vil tilgå hospitalet, når der åbnes op for Sundhedsplatformen kl 03:00. Praktiserende læger og praktiserende speciallæger vil først modtage positive/negative kvitteringer for fremsendelse, når meddelelserne modtages i Sundhedsplatformen.

I ovenstående tidsrum, skal al uopsættelig kommunikation mellem sektorerne, ske pr. telefon, da der ikke kan modtages elektroniske meddelelser.

Hvad gør man hvis der opstår tekniske problemer?

Opstår der problemer af teknisk karakter, nedbrud eller lignende, i forbindelse med overgangen til sundhedsplatformen, kan der på hverdage mellem 8:00-16:00 rettes henvendelse til "SP-support praksis" på telefon nr. 24 64 32 95. Nummeret kan benyttes i perioden den 23. maj 2016 (første hverdag efter opstart af sundhedsplatform) frem til den 17.juni 2016.

Herudover er der mulighed for at kontakte regionens datakonsulenter for rådgivning og vejledning vedrørende IT, når det ikke handler om nedbrud eller lignende.

Kontakt oplysninger på datakonsulenterne fremgår af nedenstående link:

[Kontaktoplysninger til datakonsulenter](#)