UDVALGET FOR FOREBYGGELSE OG SAMMENHÆNG

MØDETIDSPUNKT

22-05-2019 19:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

Qasam Nazir Ahmad	Formand	Deltog
Karsten Skawbo-Jensen	Næstformand	Deltog
Annette Randløv	Medlem	Deltog
Carsten Scheibye	Medlem	Afbud
Freja Södergran	Medlem	Afbud
Flemming Pless	Medlem	Deltog
Jacob Rosenberg	Medlem	Afbud
Jesper Clausson	Medlem	Deltog
Torben Kjær	Medlem	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Drøftelse: Social ulighed i sundhed
2. Beslutning: Udvalgets forslag til budget 2020
3. Beslutning: Sundhedsaftale 2019-2023
4. Rammeaftale med PLO-H om licensklinikker
5. Orientering: Status for implementering af praksisplaner
6. Orientering: Status for lægedækningen i Region Hovedstaden
7. Orientering: Støtte til ansøgninger om større lægehuse

1. DRØFTELSE: SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Udvalget har blandt andet til opgave at arbejde for at forebygge ulighed i sundhed og være politikopfølgende i forhold til ulighed i sundhed. Ulighed i sundhed, herunder hvordan der regionalt kan arbejdes med det, er et bredt område. Der er planlagt en række drøftelser i udvalget med oplæg, der belyser forskellige vinkler på ulighed i sundhed. Udvalget har på mødet i marts 2019 haft oplæg fra Bjørn Holstein om ulighed i børns sundhed med efterfølgende drøftelse. På dette møde indledes med et oplæg ved Anna Paldam Folker fra Statens Institut for Folkesundhed, som vil give en generel introduktion til temaet social ulighed i sundhed. På udvalgets møde i august er planlagt oplæg og drøftelse med fokus på socialt udsatte borgeres sundhedsforhold.

Det er hensigten, at de planlagte oplæg og drøftelser i udvalget skal lede frem til, at udvalget får mulighed for at formulere et arbejdsgrundlag eller nogle målsætninger for det videre arbejde med temaet social ulighed i sundhed. Desuden skal arbejdet med ulighed i sundheds også ses i sammenhæng med regionens indsatser med FN's verdensmål, hvor mindre ulighed er et fokusområde.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

1. **at** tage oplægget om social ulighed i sundhed til efterretning.
2. **at** drøfte hvordan udvalget kan arbejde videre med social ulighed i sundhed.

POLITISK BEHANDLING

1. Taget til efterretning
2. Drøftet

Jacob Rosenberg (I), Freja Södergran (O) og Carsten Scheibye (V) deltog ikke i behandlingen af sagen.

Oplælgget fra Anna Paldam Folker er vedlagt som bilag.

SAGSFREMSTILLING
Baggrund om ulighed i sundhed
Med ulighed i sundhed tænkes særligt på den sociale ulighed i sundhed, som viser sig på den måde, at der er en stærk sammenhæng mellem social baggrund og sundhed. Den sociale ulighed viser sig både i forhold til sundhedsadfærd, forekomst af sygdom, sygdomskonsekvenser og dødelighed.

I Region Hovedstaden er der en markant socioøkonomisk variation mellem de 29 kommuner i regionen. Det giver anledning til meget markante forskelle mellem kommunerne ift. borgernes sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygelighed, hvilket gentagne gange er dokumenteret i vores sundhedsprofiler for voksne borgere i regionen.

Den sociale ulighed i sundhed ses allerede fra starten af livet, som bl.a. beskrevet i Region Hovedstadens Sundhedsprofil for børn og unge. Ved indskolingsundersøgelsen er 8 pct. af børnene med forældre med en lang videregående uddannelse overvægtige, mens det blandt børn med forældre uden uddannelse er 22 pct. Den markante variation mellem kommunerne i Region Hovedstaden i forekomsten af overvægt for voksne ses dermed også etableret allerede i barndommen. I nogle kommuner er knapt 30 pct. af de unge overvægtige ved udskolingsundersøgelsen, mens det er omkring 10 pct. i andre kommuner.

I Danske Regioners udspil ”Sundhed for livet - Forebyggelse er en nødvendig investering” (2017) er lighed i sundhed et af fire strategispor. Her beskrives regionernes rolle i at skabe mere lighed i sundhed ved blandt andet:

- at have fokus på rammer og tiltag, der fremmer sundheden for alle og styrker en tidlig indsats for alle børn og unge uanset livsvilkår
- at både hospitaler og praktiserende læger bliver bedre til at tage afsæt i den enkelte borgers

ressourcer og livsvilkår, så der er større mulighed for et lige udbytte af forebyggelsesindsatsen
- at tilbyde forskellige indsatser for at opnå lige muligheder for sundhed
- at tænke sundhedsindsatsen sammen med andre velfærdsområder for at opnå en mere helhedsorienteret tilgang til sundhed
- at udbygge partnerskaber med eksempelvis frivillige organisationer og patientforeninger.

Derudover indgår lighed i sundhed i Region Hovedstadens arbejde med FN's verdensmål. Fokus er bl.a. på at arbejde med at styrke sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse i et sammenhængende sundhedsvæsen og at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Oplæg vedrørende social ulighed i sundhed
På mødet vil der være et oplæg fra Anna Paldam Folker, som giver en generel introduktion til temaet social ulighed i sundhed. Anna er forskningschef og leder af afdelingen Sundhed og social kontekst på Statens Institut for Folkesundhed.

De forskellige oplæg og drøftelser i udvalget, som tager udgangspunkt i forskellige vinkler på social ulighed i sundhed, er planlagt med henblik på at give et grundlag for, at udvalget får mulighed for at formulere et arbejdsgrundlag eller nogle målsætninger for det videre arbejde i regionen med at skabe mere lighed i sundhed.

KONSEKVENSER

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der planlægges ikke en kommunikationsindsats på grundlag af sagen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
På udvalgets møde i august 2019 er der planlagt oplæg vedrørende socialt udsatte borgeres sundhedsforhold med efterfølgende drøftelse.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Anja Methling

JOURNALNUMMER
19028047

BILAGSFORTEGNELSE
1. Oplæg - AnnaPaldam_Social_Ulighed_Sundhed

2. BESLUTNING: UDVALGETS FORSLAG TIL BUDGET 2020

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Udvalget for forebyggelse og sammenhæng skal indstille op til fem forslag til budgetforhandlingerne.

Udvalget har drøftet budgetproces og budgetforslag ved møderne den 20. marts og den 24. april 2019.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- **at** indstille op til fem budgetforslag, som videresendes til forretningsudvalget med henblik på at indgå i regionsrådets budgetforhandlinger for 2020.

POLITISK BEHANDLING
Udvalget for forebyggelse og sammenhæng indstillede, at følgende fem budgetforslag skal indgå i ikke-prioriteret rækkefølge i regionsrådets budgetforhandlinger for 2020:

1. Styrkelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
2. Rekrutteringsteams til sikring af lægedækningen og udviklingen af almen praksis
3. Forebyggelse af social ulighed i rehabiliteringsforløb efter kritisk sygdom
4. Forebyggelse og styrket indsats over for fødselsdepressioner for mødre og fædre
5. Fortsættelse af samarbejdsaftale med Røde Kors om drift af omsorgscenter til hjemløse borgere

Derudover indstillede udvalget for forebyggelse og sammenhæng, at forslaget "Influenzastrategi - Bedre forebyggelse af influenzaepidemier" sendes videre til budgetforhandlingerne som et tekststykke uden budgetmæssige konsekvenser.

Jacob Rosenberg (I), Freja Södergran (O) og Carsten Scheibye (V) deltog ikke i behandlingen af sagen.

SAGSFREMSTILLING
Region Hovedstadens budget for sundhedsområdet er den samlede politiske prioritering af sundhedsvæsenets opgaver og er rammen for driften og udviklingen i sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden. De politiske udvalg skal bidrage til budgetprocessen for 2020 for deres respektive områder og kan videregive op til fem konkrete budgetforslag til budgetforhandlingerne. Den økonomiske ramme for budget 2020 kendes endnu ikke, idet den først bliver endeligt afklaret, når der er indgået en økonomiaftale for 2020 mellem Danske Regioner og regeringen. Økonomiaftalen forventes at være færdigforhandlet i juni 2019.

Udvalgenes rolle i budgetprocessen er at indstille budgetforslag inden for udvalgets område til budgetforhandlingerne i august/september. Ud over konkrete forslag til budgetforhandlingerne vil udvalget også have mulighed for at dagsordensætte særlige emner eller områder, uden at det har budgetmæssige konsekvenser. Udvalgsformanden skal fremlægge udvalgets budgetforslag på budgetseminaret for regionsrådet den 13.-14. august 2019.

Ved mødet den 24. april 2019 besluttede udvalget at lade følgende budgetforslag gå videre til drøftelse i udvalget. Administrationen har kvalificeret forslagene.

Budgetforslag

1. Styrkelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (forslag stillet af administrationen)
2. Influenzastrategi - Bedre forebyggelse af influenzaepidemier (forslag stillet af B og C)
3. Rekrutteringsteams til sikring af lægedækningen i almen praksis i Region H (forslag stillet af B)
4. Forebyggelse af social ulighed i rehabiliteringsforløb efter kritisk sygdom - (forslag stillet af Å)
5. Forebyggelse og styrket indsats over for fødselsdepressioner for mødre og fædre (forslag stillet af Å)
6. Fortsættelse af samarbejdsaftale med Røde Kors om drift af omsorgscenter til hjemløse borgere (forslag stillet af administrationen)

Udvalget vurderede, at følgende to forslag ikke skal være en del af udvalget for forebyggelse og sammenhængs budgetforslag:

- Forebygge at børn med mistrivsel udvikler psykisk sygdom
- Videokonsultationer for praktiserende læger

KONSEKVENSER
De budgetforslag, som udvalget prioriterer til at indgå i budgetforhandlingerne, skal videresendes til forretningsudvalget senest den 12. juni 2018. De forslag, som udvalget beslutter at undlade at indstille, vil ikke indgå i budgetforhandlingrne.

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser. Regionsrådet vedtager det endelige budget for Region Hovedstaden den 24. september 2018.

KOMMUNIKATION
Der er ikke planlagt kommunikation vedr. drøftelser af budget 2020 i udvalget.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Udvalget skal behandle budgettet tre gange. Processen fremgår herunder:

Mødet den 20. marts 2019
På mødet er udvalget blevet introduceret til budgetprocessen.

Mødet den 24. april 2019
På mødet drøftede udvalget forslag til emner, der kan indgå i budgettet for 2020. Forslagene var fra medlemmerne og fra administrationen.

Mødet den 22. maj 2019
På dette møde skal udvalget godkende op til fem budgetforslag, der skal sendes videre til forretningsudvalg/regionsråd. Hvis der ikke kan opnås enighed om de fem forslag, vil der blive foretaget en afstemning.

Videre proces og tidsplan
Efter udvalgets behandling af budgetforslagene vil der være følgende proces og tidsplan:

- Den 12. juni 2019 - frist for at levere budgetforslag fra de stående udvalg
- Den 13.-14. august 2019 - førstebehandling af budgetforslaget i forretningsudvalget
- Den 13.-14. august 2019 - budgetseminar for regionsrådet, hvor udvalgsformændene præsenterer op til fem budgetforslag fra hvert udvalg
- Den 20. august 2019 - førstebehandling af budgetforslaget i regionsrådet
- Den 29. august 2019 - frist for fremsættelse af budgetspørgsmål
- Ultimo august, primo september - politiske forhandlinger
- Den 17. september 2019 - andenbehandling i forretningsudvalget
- Den 19. september 2019 - frist for fremsættelse af ændringsforslag
- Den 24. september 2019 - andenbehandling i regionsrådet

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Lise Graae

JOURNALNUMMER
19009973

BILAGSFORTEGNELSE

1. Styrkelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
2. Influenzastrategi - Bedre forebyggelse af influenzaepidemier
3. Rekrutteringsteam til sikring af lægedækningen i almen praksis i Region Hovedstaden
4. Forebyggelse af social ulighed i rehabiliteringsforløb efter kritisk sygdom
5. Forebyggelse og styrket indsats over for fødselsdepressioner for mødre og fædre
6. Røde Kors omsorgscenter for hjemløse

3. BESLUTNING: SUNDHEDSAFTALE 2019-2023

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Der skal senest 1. juli 2019 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og de 29 kommuner i regionen.

Det er Sundhedskoordinationsudvalgets opgave at udarbejde forslag til ny sundhedsaftale. Med denne sag sendes Sundhedskoordinationsudvalgets endelig forslag til Sundhedsaftalen 2019-2023 til godkendelse i regionsrådet. Sundhedsaftalen 2019-2023 er også sendt til godkendelse i kommunalbestyrelserne i samtlige 29 kommuner. Aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen 1. juli.

Sagen forelægges udvalget for forebyggelse og sammehæng af hensyn til den politikopfølgende opgave, som udvalget har i forhold Sundhedsaftalen.

INDSTILLING
Administrationen indstiller, at udvalget for forebyggelse og sammenhæng over for forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

- **at** godkende Sundhedsaftalen 2019-2023 (bilag 1)

POLITISK BEHANDLING

- Anbefalet

Jacob Rosenberg (I), Freja Södergran (O) og Carsten Scheibye (V) deltog ikke i behandlingen af sagen.

SAGSFREMSTILLING
Sundhedsaftalen udgør den overordnede politiske ramme for samarbejdet om sundhed mellem kommunerne og regionen, herunder almen praksis. Der indgås én sundhedsaftale i hver region.

Sundhedsaftalen omfatter patienter/borgere i alle aldre, der har behov for en sammenhængende indsats fra aktører på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Aftalen omfatter således både patienter/borgere med fysisk og psykisk sygdom.

Formålet med aftalen er at understøtte sammenhæng og kvalitet i patienternes og borgernes forløb. Aftalerne skal også bidrage til mere lighed i sundhed og til mere involvering af patienter, borgere og pårørende. Endelig skal aftalen understøtte effektiv og bæredygtig anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Forslag til Sundhedsaftale 2019-2023
Sundhedskoordinationsudvalget har ønsket at lave en overordnet, dynamisk, enkel sundhedsaftale med fokus på de områder, hvor der er et særligt stort behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed.

Aftalen indeholder derfor kun tre fokusområder og i alt 6 mål.

Fokusområder	Mål
Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom	ı Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres behov og ønsker, ı Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.
Sammen om borgere med psykisk sygdom	ı Alle borgere med psykisk sygdom oplever, at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom. ı Alle borgere med psykisk sygdom skal opleve et koordineret udskrivningsforløb.
Sammen om børn og unges sundhed	ı Vi udvikler og styrker vores samarbejde om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier med afsæt i deres behov og ressourcer, ı Alle børn og unge, der viser tegn på mental mistrivsel, får den rette hjælp i tide.

Fokusområderne og målene er beskrevet på et overordnet niveau, idet det er tanken, at de skal udvikles og konkretiseres gennem de fire år, som aftalen løber i. På den måde sikres, at der gennem hele aftaleperioden kan arbejdes med de områder, hvor der er størst behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde om sundhed.

Fokusområderne og målene er udvalgt med afsæt i den dialog, som Sundhedskoordinationsudvalget har haft med politikere, patienter/borgere, praktiserende læger, fagfolk fra kommuner og regioner undervejs i processen med at udarbejde udkastet til den kommende Sundhedsaftale.

I aftaleudkastet indgår også en række bærende principper for, hvordan samarbejdet mellem regionen, kommunerne og almen praksis skal foregå, når sundhedsaftalen udfoldes, konkretiseres og implementeres i løbet af aftaleperioden. De bærende principper lægger blandt andet vægt på at understøtte lighed i sundhed, helhedstænkning, borgerinddragelse, fælles kvalitetsmål og plads til lokal forskellighed, når det kommer til valget af metoder.

Sidste del af aftaleudkastet indeholder forslag til organisering og opfølgning på Sundhedsaftalen. Organiseringen skal blandt andet understøtte de bærende principper for samarbejdet og sikre et bredt ejerskab til Sundhedsaftalen gennem hele aftaleperioden.

Organiseringen indebærer, at arbejdet med fokusområderne igangsættes gennem temadrøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget, hvor der vil blive sat politiske pejlemærker for den retning, som ønskes for arbejdet med de enkelte fokusområder og mål.

Efterfølgende skal pejlemærkerne konkretiseres og implementeres. Det arbejde vil foregå enten gennem regionsdækkende temagrupper eller via samordningsudvalgene, der er nedsat med udgangspunkt i planområderne. Udgangspunktet er således at der skal arbejdes i et fleksibelt set-up, der giver et stort rum til den lokale udvikling og gode lokale løsninger. Men samtidig sikres fælles udvikling på de områder, hvor der er brug for nye løsninger, som går på tværs af kommunegrænser og hospitalernes optageområder.

Udkastet til Sundhedsaftalen var udsendt i en bred politisk høring i perioden 19. december 2018 - 28. februar 2019. I Region Hovedstaden afgav udvalget for forebyggelse og sammenhæng høringssvar på vegne af Regionen (drøftet på møde den 16. januar). Forslaget havde forinden også været drøftet i social- og psykiatriudvalget.

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede høringssvarene på udvalgets møde den 23. april og en række af de mange gode forslag, som fremkom i forbindelse høringen, er indarbejdet i det endelige forslag til Sundhedsaftale 2019 - 2023.

KONSEKVENSER
-

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der udsendes en pressemeddelelse, når Sundhedsaftalen er godkendt i regionsrådet og i alle 29 kommuner. Herudover vil der løbende blive kommunikeret om arbejdet med Sundhedsaftalen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen forelægges forretningsudvalget den 11. juni og regionsrådet den 25. juni 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver / Jean Hald Jensen

JOURNALNUMMER
19028151

BILAGSFORTEGNELSE
1. Forslag til Sundhedsaftale_2019-2023 (2)

4. RAMMEAFTALE MED PLO-H OM LICENSKLINIKKER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
På grund af lægemangel og befolkningstilvækst i Region Hovedstaden arbejder regionen på at udbrede nye tiltag i almen praksis, som kan understøtte lægedækningen. Udvalget for forebyggelse og sammenhæng godkendte på den baggrund Udkast *til rammeaftale for etablering af licensklinikker i lægedækningstruede områder* på mødet d. 25. februar 2019.

Med denne sag præsenteres udvalget for den endelig rammeaftale om licensklinikker indgået mellem Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- **At** udvalget godkender rammeaftalen for licensklinikker i Region Hovedstaden.

POLITISK BEHANDLING

- Godkendt

Jacob Rosenberg (I), Freja Södergran (O) og Carsten Scheibye (V) deltog ikke i behandlingen af sagen.

SAGSFREMSTILLING
Udvalget for forebyggelse og sammenhæng besluttede på mødet den 24. april 2019, at kapaciteterne fra de to midlertidige praksisklinikker på Amager Hospital og Frederiksberg Hospital skal opslås på almindelig vis med tilknyttede patienter, men med mulighed for nedsættelse i licensklinik. Udvalget forudsatte, at kapaciteterne først slås op, når regionen har indgået en aftale med PLO-Hovedstaden om licensklinikker.

Region Hovedstaden og PLO-Hovedstaden har nu udarbejdet en fælles rammeaftale for etablering af licensklinikker (bilag). Aftalen fastlægger de overordnede vilkår for licensklinikker i regionen og er en ramme for den konkrete aftale, som indgås mellem Region Hovedstaden og den enkelte læge, som ønsker at nedsætte sig i licensklinik.

Rammeaftalen er opstillet som en tilvalgsmodel, hvor enkelte forhold er gældende for alle licensklinikker. Derudover har lægen mulighed for at tilvælge fx inventar, klinisk udstyr, it-systemer og praksispersonale, som stilles til rådighed af regionen.

Aftalen ligger indenfor det udkast til rammeaftalen, som udvalget godkendte på mødet den 25. februar 2019.

Aftalen er godkendt af PLO-Hovedstaden, som dog har taget forbehold for endelig godkendelse i PLO-Hovedstadens bestyrelse ved skriftlig procedure. Godkendelse forventes at foreligge, så opslag af kapaciteterne fra de midlertidige praksisklinikker på Amager og Frederiksberg kan ske den 5. juni 2019.

KONSEKVENSER
-

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
Etableringsudgifter i forbindelse med etablering af licensklinikker vil blive afholdt af midler afsat til implementering af praksisplanen. Etableringsudgifterne vil i licensperioden blive dækket af lægens omkostningsbidrag.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING
Else Hjortsø / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER
18024545

BILAGSFORTEGNELSE
1. Bilag: Rammeaftale for licensklinikker

5. ORIENTERING: STATUS FOR IMPLEMENTERING AF PRAKSISPLANER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionen udarbejder praksisplaner for alle behandlere i praksissektoren på nær tandlægeområdet. Praksisplanerne er flerårige og beskriver målsætninger og anbefalinger for udviklingen af praksissektoren indenfor kapacitet, samarbejde og kvalitet.

Udvalget for forebyggelse og sammenhæng har jf. oprindelig delegationsbeslutning i regionsrådet d. 8. april 2014 ansvaret for afrapportering vedr. implementering af praksisplaner. Delegationsbeslutningen er bekræftet i regionsrådet på møde d. 12. marts 2019, jf. protokol og bilag (kompetencefordelingsplan) fra mødet. På den baggrund forelægges hermed den årlige status for implementering af praksisplaner i 2018.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- **at** tage orientering om status for implementering af praksisplaner til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

- Taget til efterretning

Jacob Rosenberg (I), Freja Södergran (O) og Carsten Scheibye (V) deltog ikke i behandlingen af sagen.

SAGSFREMSTILLING
Regionen udarbejder i samarbejde med repræsentanter fra de respektive behandlergrupper flerårige praksisplaner for: almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapipraksis, kiropraktikpraksis, psykologpraksis og fodterapipraksis.

Praksisplanerne udarbejdes i henhold til sundhedsloven og overenskomsterne for praksissektoren og skal sikre, at praksissektoren udvikles i overensstemmelse med den øvrige regionale sundhedsplanlægning. Planerne sætter retning for kapacitet og tilgængelighed i praksissektoren, samarbejde med andre sundhedsaktører både indenfor praksissektoren og med hospital og kommuner, patientinddragelse og udvikling af kvaliteten af behandlingstilbuddene.

For almen praksis udarbejdes og følges implementeringen af praksisplanen i praksisplanudvalget. For de øvrige behandlerområder i praksissektoren, udarbejdes og følges implementeringen af praksisplanerne i regi af samarbejdsudvalgene. For at sikre fremdrift i implementeringen, er der nedsat implementeringsgrupper for alle praksisområder.

Udvalget for forebyggelse og sammenhæng forelægges her en samlet status over de indsatser, der er arbejdet med i 2018. Status for enkelte anbefalinger, der er blevet arbejdet med under hver praksisplan, samt beskrivelse af indsatsen, kan rekvireres på forespørgsel. Nedenfor er de væsentligste indsatser, der arbejdes med på tværs af flere praksisområder, samt større indsatser indenfor enkelte områder, beskrevet.

På speciallægeområdet godkendte regionsrådet i november 2018 en ny praksisplan for perioden 2019-2022. Der vil i regi af Samarbejdsudvalget for speciallægehjælp blive udarbejdet en plan for implementering af den nye praksisplans anbefalinger.

På almenpraksisområdet har der i 2018 - foruden enkelte anbefalinger der resterede i praksisplanen - særligt været arbejdet med at sikre lægedækningen og implementering af den nye overenskomst for almen praksis, herunder etablering af kvalitetsklynger og udflytning af opgaver til almen praksis for borgere med KOL og type 2 diabetes.

Kapacitet og tilgængelighed

På tværs af alle områder har praksisplanerne fokus på at sikre tilstrækkelig kapacitet og en hensigtsmæssig geografisk fordeling af denne. Derudover arbejdes der på at sikre god tilgængelighed til behandling for regionens borgere. Det gælder både tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser og den telefoniske og elektroniske tilgængelighed til praksis.

Der tilstræbes på alle praksisområderne en ligelig geografisk fordeling af behandlingskapaciteten mellem kommuner og bydele i København. Den geografiske lighed tilstræbes ligeledes gennem retningslinjerne for flytning.

Tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser forbedres løbende bl.a. gennem krav om handicapegnede adgangsforhold ved nynedsættelse og om muligt ved flytning. Desuden bidrager mærkeordning God Adgang til, at borgere med en funktionsnedsættelse har den nødvendige information til rådighed om klinikkers adgangsforhold. I 2018 er der gennemført en opfølgende kampagne for at udbrede kendskabet til God Adgang. Opfølgningen har resulteret i 39 nye tilmeldinger til ordningen.

På almen praksisområdet har der i 2018 været særligt fokus på at sikre tilstrækkelig kapacitet. Rekrutteringsudfordringer kombineret med mange praksis med lukket for tilgang af patienter og en samtidig befolkningstilvækst har bl.a. medført etablering af to midlertidige regionsklinikker for at sikre lægedækningen i København og på Frederiksberg i oktober 2018. Der har derfor i 2018 været et massivt fokus på at løse kapacitetsudfordringerne sammen med PLO-Hovedstaden og kommunerne i regionen. Et særligt fokusområde i arbejdet er tilvejebringelse af lokaler, der er egnede til praksisdrift, og som bla. giver mulighed for udvikling at større praksisfællesskaber og øget brug af praksispersonale.

Samarbejde mellem behandlere
På tværs af alle behandlergrupper i praksissektoren arbejdes der på at styrke den tværsektorielle kommunikation. Som et led i indsatsen for at forbedre kommunikationen arbejdes der med at øge antallet og kvaliteten af henvisninger og epikriser mellem almen praksis og de øvrige sundhedsaktører.

For nogle patientgrupper er der et særligt behov for samarbejde og koordinering af behandlingsindsatser mellem forskellige behandlere. Inden for fodterapiområdet er der i 2018 igangsat et pilotprojekt om tilknytning af fodterapipraksis til den telemedicinske samarbejdsløsning Pleje.net, der anvendes til at kommunikere om behandlingsindsatser og faglige vurderinger med den kommunale sårpleje og hospitalets sårambulatorium for patienter med diabetiske fodsår.

På almen praksisområdet har der i 2018 blandt andet været fokus på at styrke samarbejdet mellem almen praksis' og kommunerne om opsøgende hjemmebesøg til borgere med behov for en koordineret indsats. Samarbejdet skal særligt styrkes gennem drøftelser i de lokale dialogfora; de kommunalt-lægelige-udvalg og de nye kvalitetsklynger i almen praksis. Data stilles til rådighed for de lokale drøftelser.

Der er desuden løbende fokus på, at praksissektoren bidrager til den samlede behandling af borgere med kroniske lidelser. Særligt i almen praksis, kiropraktik-, fysioterapi- og fodterapipraksis er der fokus på at formidle faggruppernes rolle i relevante forløbsprogrammer. Kvalitetsorganisationen for almen praksis (KAP-H) og praksiskonsulenter på de øvrige praksisområdet bidrager til arbejdet. Aktuelt indgår praksiskonsulenter for fysioterapi og kiropraktik i arbejdet med revidering af forløbsprogrammet for lænderyglidelser.

Inden for kiropraktik og fodterapi har der i løbet af 2018 været arbejdet med etablering af erfagrupper, som kan danne ramme om samarbejde, såvel monofagligt som tværfagligt. Etableringen af erfagrupperne fortsættes i 2019.

Patienten som samarbejdspart
På tværs af praksisplanerne er der fokus på patientinddragelse og indberetning og læring af utilsigtede hændelser. På alle praksisområder arbejdes der med formidling af utilsigtede hændelser, samt opbygning af en bedre forståelse blandt ydergrupperne for brugen af utilsigtede hændelser.

Indenfor fysioterapi er der i 2018 igangsat et projekt om brugerinddragelse og kvalitetsudvikling i 5 klinikker. Klinikkerne arbejder med inspiration fra den løbende patienttilfredshedsmåling, med patientfeedback gennem korte elektroniske spørgeskemaer. Projektet evalueres i 2019, og efterfølgende vurderes om der er basis for bredere udbredelse også til andre praksisområder.

Udbredelse af best practice og implementering af kvalitetsstandarder
På flere områder er der afholdt arrangementer for behandlergrupperne, hvor der informeres om kliniske retningslinjer eller forløbsprogrammer for relevante patientgrupper.

De praktiserende behandlere har desuden stort fokus på den pågående akkreditering, der gennemføres på alle praksisområder. Status for akkrediteringen varierer mellem praksisområderne.

I almen praksis er målet, at alle almen praksis er omfattet af en kvalitetsklynge, hvor almen praksis mødes og drøfter kvalitetsdata og kvalitetsudvikling. Alene praksis, der ikke er i en klynge, skal fremover akkrediteres. Der har i 2018 været - og er fortsat - fokus på etablering af disse kvalitetsklynger.

Nye opgaver og ændrede organisationsformer
På almen praksis området har der i 2018, foruden ovenstående, været fokus på udvikling af nye organisationsformer, herunder muligheden for en aftale om licensklinikker.

På psykologområdet er der arbejdet med forberedelsen af et projekt om udbredelse af gruppebehandling, som er startet op i marts 2019. Gruppebehandling anvendes kun i meget begrænset omfang i dag, på trods af at behandlingsformen giver gode resultater. I projektet støttes psykologer i at oprette gruppebehandlingstilbud og der indsamles med projektet viden om og erfaringer med gruppebehandling.

På kiropraktikområdet er der etableret mulighed for direkte henvisning til CT- og MR-scanning, således at patienter med nerverodssmerter undgår at skulle til praktiserende læge for at blive henvist til scanning. Udviklingen følges.

Inden for fysioterapipraksis er der i 2018 blevet arbejdet med forberedelsen af et projekt om direkte adgang til behandling i fysioterapipraksis uden henvisning fra almen praksis. Projektet afventer svar fra Sundheds- og Ældreministeriet på dispensationsansøgning.

KONSEKVENSER

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING
Else Hjortsø / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER
19028171

6. ORIENTERING: STATUS FOR LÆGEDÆKNINGEN I REGION HOVEDSTADEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Med denne sag gives en orientering om lægedækningssituationen i Region Hovedstaden pr. 15. maj 2019.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- **at** orienteringen om status for lægedækning tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

- Taget til efterretning

Jacob Rosenberg (I), Freja Södergran (O) og Carsten Scheibye (V) deltog ikke i behandlingen af sagen.

SAGSFREMSTILLING
Aktiverede kapaciteter
Pr. 15. maj er der 1.066 aktive kapaciteter i regionen, hvilket er 19 flere end pr. 1. oktober 2018, jf. bilag 1.

Åbne/lukke-status
Pr. 15. maj 2019 har 76% af lægepraksis i Region Hovedstaden lukket for tilgang af patienter. Det betyder, at 150 praksis har åbent for tilgang, jf. bilag 2.

Status Københavns og Frederiksberg kommuner
Pr. 15. maj 2019 har 90% af lægepraksis i Københavns Kommune lukket for tilgang af patienter. Praksis der er åben for tilgang, havde på opgørelsestidpunktet i alt 1.205 ledige pladser. I Frederiksberg Kommune har 96% af lægepraksis lukket for tilgang af patienter. Praksis der er åben for tilgang, havde på opgørelsestidpunktet i alt 1.555 ledige pladser.

Midlertidige praksisklinikker
De midlertidige praksisklinikker på Amager Hospital og Frederiksberg Hospital har pr. 15. maj 2019 hhv. 2.270 og 2.074 tilmeldte patienter. Udvalget besluttede på sidste møde d. 24. april 2019, at kapaciteterne fra de midlertidige praksisklinikker på Amager og Frederiksberg Hospital skal opslås med tilhørende patienter, med mulighed for nedsættelse i de nuværende lokaler på de to hospitaler, enten som almindelige kapaciteter eller som licensklinikker. Kapaciteterne forventes opslået i juni 2019 med direkte overtagelse inklusiv patienter til oktober 2019.

Kapaciteter i opslag
Aktuelt er der fire kapaciteter i opslag i henholdsvis Glostrup (2), Gladsaxe samt Halsnæs kommuner. Opslaget i Halsnæs Kommune er et fast opslag uden ansøgningsfrist. Derudover forberedes opslag af yderligere syv kapaciteter i henholdsvis Tårnby, Hvidovre, Egedal, Halsnæs, Gribskov, Hillerød og på Bispebjerg, som er gået tilbage til regionen efter en læge har ophørt uden overdragelse til anden læge. De syv kapaciteter forventes opslået i juni 2019.

11 nye kapaciteter på vej
Udvalget besluttede på mødet d. 28. november 2018 at øge kapaciteten i almen praksis med 11 nye kapaciteterbehovet i 2020 som følge af det stigende befolkningstal. Udvalget besluttede på mødet d. 24. april 2019, at de 11 nye kapaciteter opslås i Brønshøj-Husum, Frederiksberg, Nørrebro, Vanløse, Furesø, Rødovre, Amager, Glostrup, Tårnby, Vallensbæk og Vesterbro. Kapaciteterne forventes opslået i 2. kvartal 2019.

Tildelte kapaciteter
Pr. 1. maj 2019 er der tildelt 23 kapaciteter, som endnu ikke er aktiveret, hvoraf to forventes aktiveret i 2.

kvartal 2019, ti i 3. kvartal 2019 og to i 4. kvartal 2019 samt ni i 1. kvartal 2020. Nedenfor ses den geografiske fordeling af de 23 tildelte kapaciteter.

Planlægningsområde	Kapaciteter	Seneste etableringsdato
Bispebjerg	1	august 2019
Brønshøj-Husum	1	januar 2020
Brøndby	1	januar 2020
Fredensborg	1	september 2019
Frederiksberg	2	oktober 2019/januar 2020
Furesø	1	juni 2019
Gentofte	1	september 2019
Gladsaxe	2	2 x september 2019
Hvidovre	1	oktober 2019
Ishøj	1	marts 2020
Nørrebro	3	maj 2019/juli 2019/marts 2020
Valby	3	august 2019/2 x marts 2020
Vallensbæk	1	februar 2019
Vesterbro	2	august/september 2019
Østerbro	2	august 2019/januar 2020

KONSEKVENSER
-

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Udvalget præsenteres for en ny status i 3. kvartal 2019.

DIREKTØRPÅTEGNING
Else Hjortsø /Jesper Lihn

JOURNALNUMMER
19006078

BILAGSFORTEGNELSE
1. Bilag 1: Udviklingen i antal aktiverede kapaciteter 2013-2019
2. Bilag 2. Åbne lukke status pr. 15.05.2019

7. ORIENTERING: STØTTE TIL ANSØGNINGER OM STØRRE LÆGEHUSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
På finansloven for 2017 blev der afsat 800 mio. kr. over fire år (200 mio. kr. årligt i 2018-2021) til etablering og renovering af læge- og sundhedshuse. Sundheds- og Ældreministeriet opslog den 21. januar puljen for 2019 til udmøntning af i alt 209,5 mio. kr. med ansøgningsfrist den 20. marts 2019.

Regionen indsendte to ansøgninger om støtte til etablering af flerlægepraksis på Amager Hospital og Frederiksberg Hospital og gav opbakning (interessetilkendegivelser) til ansøgninger fra Hørsholm, Brøndby, Hvidovre, Ishøj og Københavns kommuner.

INDSTILLING
Administrationen indstiller til udvalget for forebyggelse og sammenhæng:

- **at** udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

- Taget til efterretning

Jacob Rosenberg (I), Freja Södergran (O) og Carsten Scheibye (V) deltog ikke i behandlingen af sagen.

SAGSFREMSTILLING
Region Hovedstaden søgte om:

- 7,6 mio. kr. til etablering af lægehus og kommunal sygeplejeklinik på Frederiksberg Hospital (Frederiksberg Kommune er medansøger)
- 3,8 mio. kr. til etablering af en moderne flerlægepraksis på Amager Hospital

Begge projekter fik bevilliget støtte på det fulde beløb.

Sundheds- og Ældreministeriets pulje til etablering af større læge- og sundhedshuse var i 2019 på 209,5 mio. kr. Der blev ansøgt om i alt 932,6 mio. kr. fordelt på i alt 70 ansøgninger. 38 af 70 ansøgere fået tilsagn om støtte fra puljen (bilag 1 og 2). 21 af de 38 har fået bevilliget et reduceret beløb i forhold til det ansøgte. De resterende 17 ud af de 38 ansøgere, har fået bevilliget det fulde ansøgte beløb.

Region Hovedstaden gav interessetilkendelse til fem kommuner, hvoraf tre opnåede fuld eller reduceret støtte fra puljen:

- Brøndby Kommune søgte 5,3 mio. kr. og fik bevilliget 2,8 mio. kr. til renovering af et kommunalt ejet lægehus.
- Ishøj Kommune søgte 19,3 mio. kr. og fik bevilliget 10,8 mio. kr. til renovering af lokaler til et nyt sundhedshus, som bl.a. skal indeholde almen lægepraksis.
- Københavns Kommune søgte 6,7 mio. kr. og fik bevilliget 6,7 mio. kr. til etablering af tre større lægehuse på tværs af byen.
- Hvidovre og Hørsholm Kommuner fik afslag på deres ansøgninger.

Herudover fik følgende kommuner beliggende i regionen støtte: Ballerup, Gribskov, Helsingør og Vallensbæk.

KONSEKVENSER
-

RISIKOVURDERING
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER
Egenfinansiering i de to regionale ansøgninger på i alt 2 mio. kr. finansieres via afsatte midler til praksisfællesskaber og sundhedshuse.

KOMMUNIKATION
-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING
Anne Skriver Andersen / Jesper Lihn

JOURNALNUMMER
19012500

BILAGSFORTEGNELSE
1. Bilag 1: Oversigt over tilskudsmodtogere
2. Bilag 2: Geografisk fordeling af tilsagn og afslag

UDVALGET FOR FOREBYGGELSE OG SAMMENHÆNG

MØDETIDSPUNKT

22-05-2019 19:00

MØDESTED

Regionsgården, mødelokale H4

MEDLEMMER

Qasam Nazir Ahmad	Formand	Deltog
Karsten Skawbo-Jensen	Næstformand	Deltog
Annette Randløv	Medlem	Deltog
Carsten Scheibye	Medlem	Afbud
Freja Södergran	Medlem	Afbud
Flemming Pless	Medlem	Deltog
Jacob Rosenberg	Medlem	Afbud
Jesper Clausson	Medlem	Deltog
Torben Kjær	Medlem	Deltog

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelse: Lanceringen af Patientguiden
2. Meddelelser: Indmeldelse i "Røgfri Fremtid"
3. Meddelelse: Udvalgets arbejdsplan 2019

1. MEDDELELSE: LANCERINGEN AF PATIENTGUIDEN

MEDDELELSE
Siden primo 2018 har Center for Kommunikation været i gang med at udvikle Patientguiden. Patientguiden er et informationssite rettet mod patienter og pårørende. Patientguiden lanceres ultimo august 2019.

Formålet med Patientguiden er at samle generisk information om det at være patient på tværs af sygdom og sektorer på en helt ny måde. Patienter og pårørende kan finde informationer om behandlingsforløbet fra første symptom til man er helt rask - eksemplificeret gennem menupunkterne "Undersøgelse", "Behandling" og "Efter Behandling" – som følger et typisk behandlingsforløb. Dertil indeholder Patientguiden et særskilt menupunkt til pårørende.

Der er et skarpt fokus på en modtagerorienteret kommunikation, både på emner og form, som lægger op til, at patienter kan involvere sig aktivt i deres behandlingsforløb. Her kan de finde informationer om, hvem der kan hjælpe en i den nuværende situation, hvilke rettigheder de har, redskaber der giver overblik (eksempelvis apps og tjeklister) - alt søgbart gennem en selvstændig søgefunktion på informationssitet. Patientguiden er således ikke information om konkrete undersøgelser og behandlinger. Disse udarbejdes sideløbende i Enheden for Skriftlig Patientkommunikation i Center for Kommunikation. Patientguiden markedsføres med udgangspunkt i den vedlagte procesplan (bilag 1).
Patientguiden vil kunne findes på Region Hovedstadens hjemmeside og vil også blive tilbudt som henvisningsmulighed i indkaldelsesbreve, i skriftlig patientinformation, som et samlet indholdspunkt til hospitalshjemmesider og på sigt som supplement til Min Sundhedsplatform.

Patientguiden kan bruges som et tværsektorielt generisk opslagsværk ligegyldigt om ens forløb ligger i kommunalt eller regionalt regi. Menupunktet "Efter behandling" omhandler vejen fra hospital og videre ud i primærsektoren.
Indholdet er udarbejdet i tæt sammenspil med fagfolk, men også med udgangspunkt i det eksisterende materiale, som ligger på hospitalernes hjemmesider. I forlængelse af Patientguiden, er der udarbejdet en Klinikerguide, som skal være med til at klæde klinikken godt på i forbindelse med Patientguidens muligheder. Hvert menupunkt har deres egen redaktionsgruppe, som sikrer, at indholdet er fagligt korrekt, opdateret og brugbart. I starten er Patientguiden målrettet voksne somatiske patienter, hvilket betyder at den endnu ikke omfatter psykiatrien, det palliative område og børn.

JOURNALNUMMER
D-5522342

BILAGSFORTEGNELSE
1. Patientguiden - Markedsførings formål og faser

2. MEDDELELSER: INDMELDELSE I "RØGFRI FREMTID"

MEDDELELSER
Regionrådet godkendte den 20. marts 2019, at Region Hovedstaden blev indmeldt i partnerskabet Røgfri Fremtid. Til brug for indmeldelsen har regionsrådsformanden skrevet under på en partnerskabserklæring og givet et citat til anvendelse på Røgfri Fremtids hjemmeside: https://www.roegfrifremtid.dk

Regionsrådformanden har givet følgende citat:
"Flere unge begynder at ryge. Det vil vi i Region Hovedstaden gerne være med til at gøre noget ved og tror på, at vi skal stå sammen for at opnå resultater. Derfor vil vi gerne være en del af Røgfri Fremtid. Vi har vedtaget en plan på forebyggelsesområdet med fokus på rygning, både hos unge, patienter og ansatte. Det vil vi nu sætte handling bag ved."

Indmeldelsen skete den 10. maj. 2019.

At være partner i Røgfri Fremtid betyder, at man bakker op om Røgfri Fremtids vision om et røgfrit Danmark, hvor ingen ryger eller bliver udsat for tobaksrøg. Som partner støtter man desuden op om Røgfri Fremtids hovedbudskaber:

- Børn og unge har ret til at vokse op uden røg, og sammen tager vi ansvar for, at det bliver muligt.
- Sammen vil vi skabe en røgfri fremtid, hvor flere børn og unge får bedre muligheder for at skabe sig et sundt og godt liv.
- Sammen vil vi sikre, at færre ryger, så færre bliver syge af tobaksrøg.

JOURNALNUMMER
18052371

3. MEDDELELSE: UDVALGETS ARBEJDSPLAN 2019

MEDDELELSE
Ved udvalgsmødet den 16. januar 2019 blev det besluttet, at planen for udvalgets arbejde i 2019 til hvert møde i 2019 vil blive opdateret og vil blive vedlagt en meddelelse. Den opdaterede arbejdsplan for 2019 er derfor vedlagt denne meddelelse som bilag.

JOURNALNUMMER
18001009

BILAGSFORTEGNELSE
1. Arbejdsplan for udvalget for forebyggelse og sammenhæng 2019

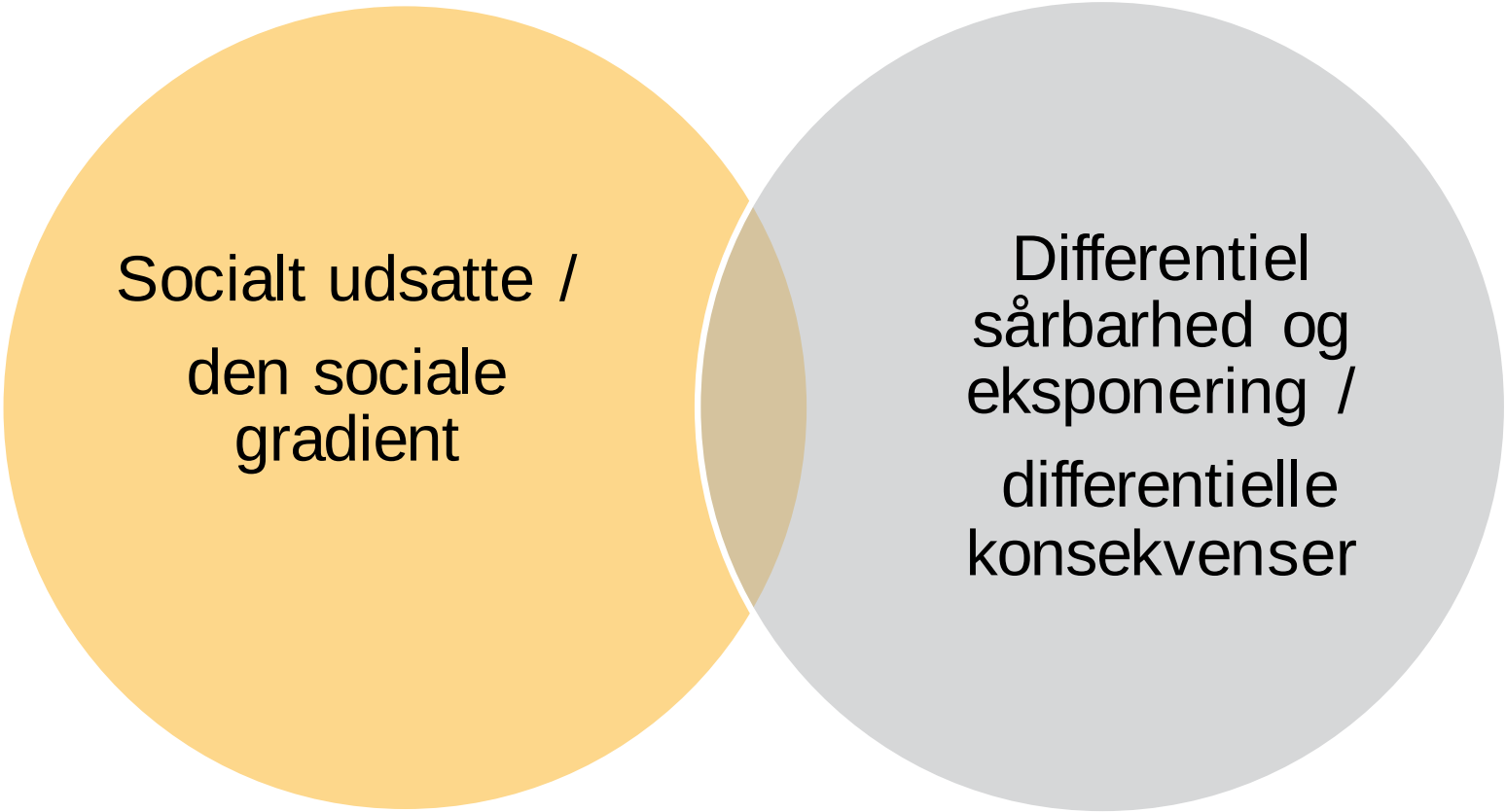
Social ulighed i sundhed

Region Hovedstaden
Politisk Udvalg for Forebyggelse og Sammenhæng
Regionsgården i Hillerød
Den 22. maj 2019

Anna Paldam Folker,
Forskningschef, ph.d.
anpf@sdu.dk

SDU
STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

Perspektiver på social ulighed



Socialt udsatte

Markante forskelle i sundhed mellem de mest udsatte grupper i befolkningen og resten af befolkningen

Statens Institut for Folkesundhed
SDU
STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

Middellevetid 2015

	Socialtudsatte	Øvrig befolkning	Forskel
Mænd	59	78	19
Kvinder	65	82	17

SYDDANSK UNIVERSITET

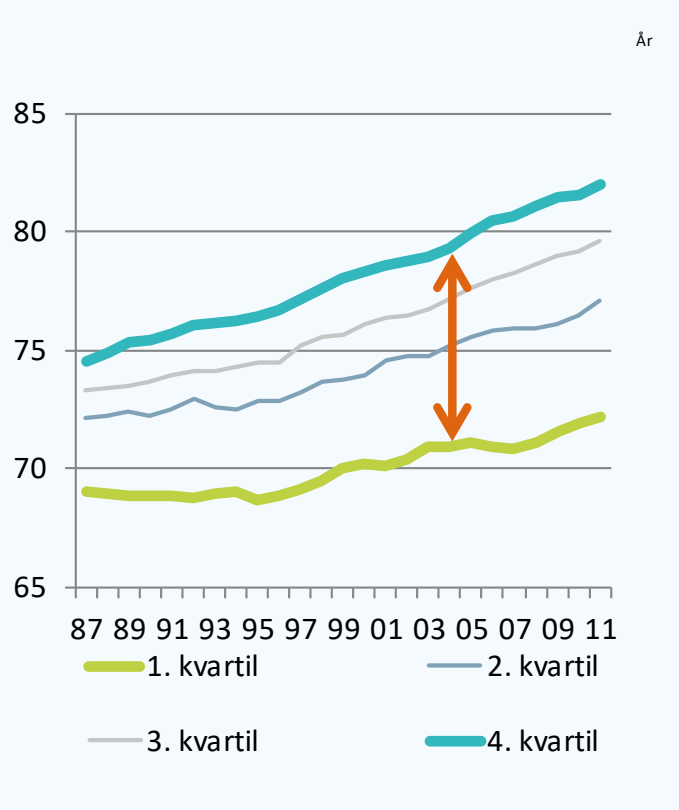
Den sociale gradient

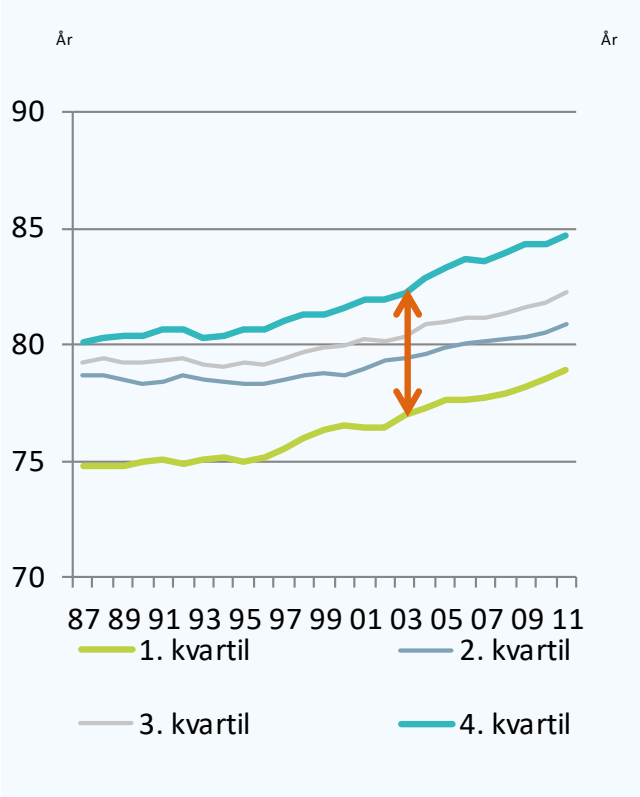
→ Fokus på forskelle i sundhed og sygelighed fra toppen til bunden af det sociale hierarki

→ Lavere dødelighed og sygelighed for hvert trin op ad den sociale stige

Forskel i middellevetid for mænd og kvinder, fordelt på indkomstkvartiler, 1987 - 2011

Statens Institut for **Folkesundhed**



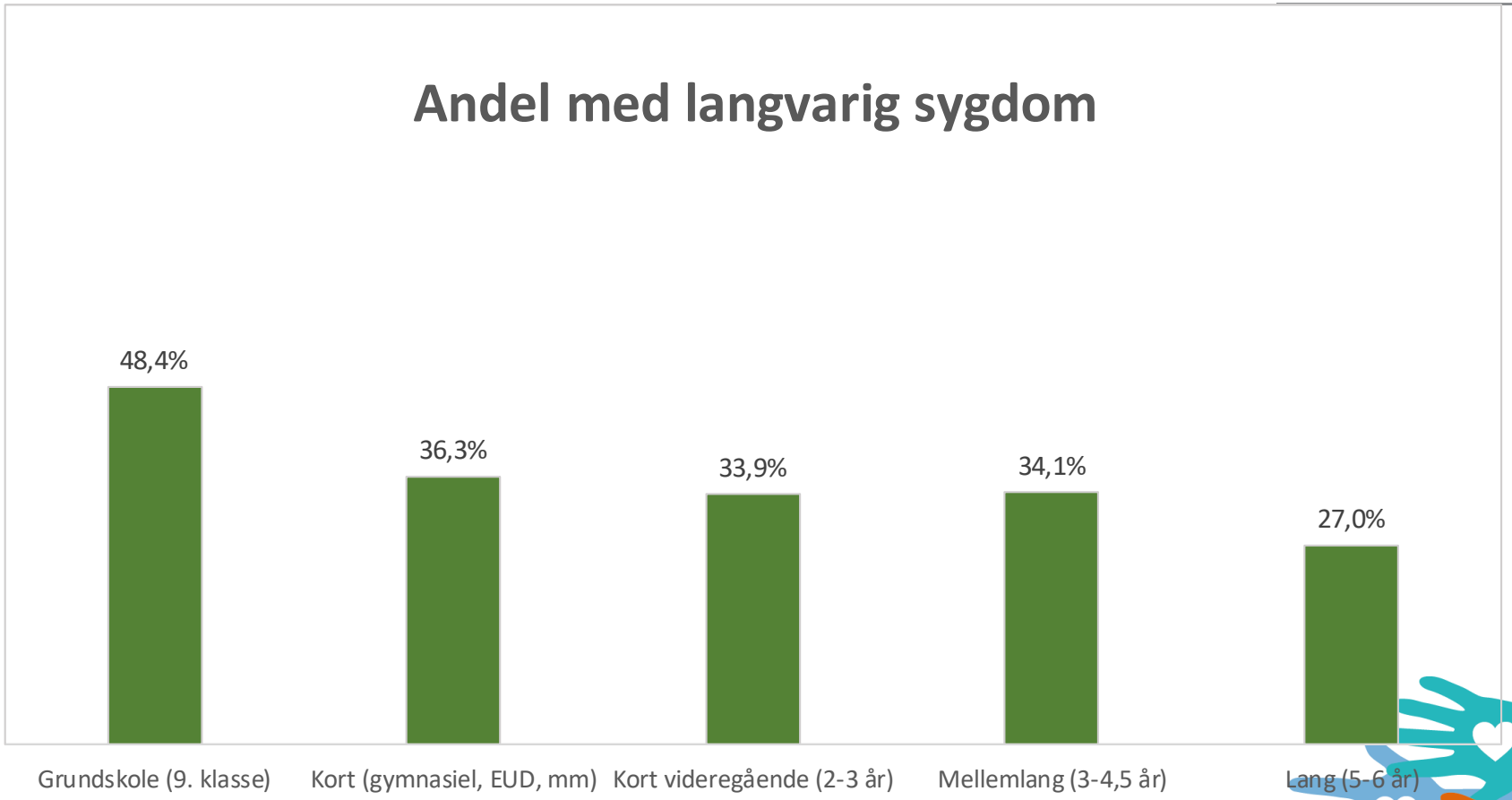


Kilde: Mikkel Baadsgaard & Henrik Brønnum-Hansen: "Social ulighed i levetiden", 2012

Syddansk Universitet

Sociale forskelle i langvarig sygdom

Statens Institut for **Folkesundhed**



Specielt: lungekræft, diabetes, KOL, kronisk leversygdom, misbrug og skizofreni
Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2014

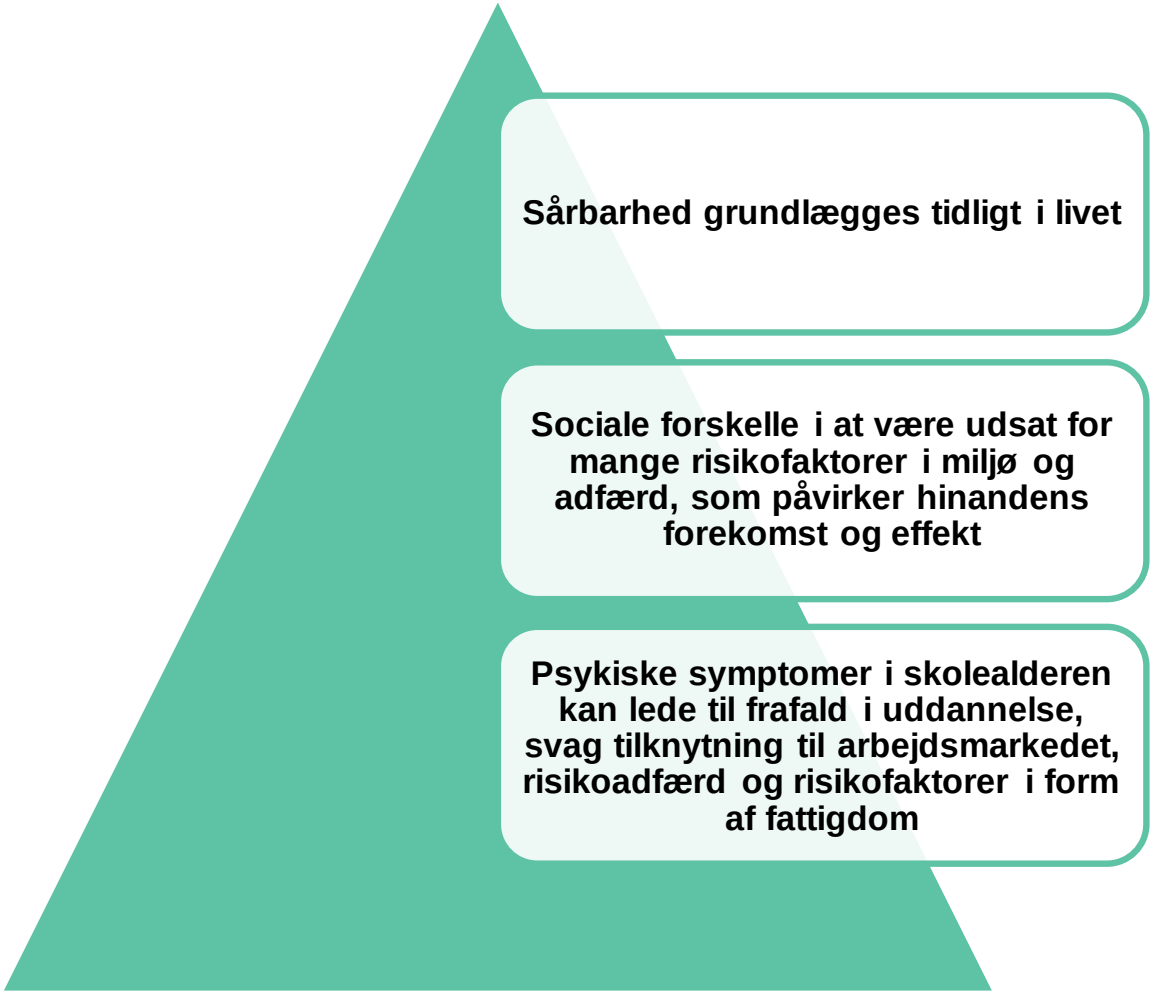
Syddansk Universitet

Social ulighed i sårbarhed, eksponering og konsekvenser

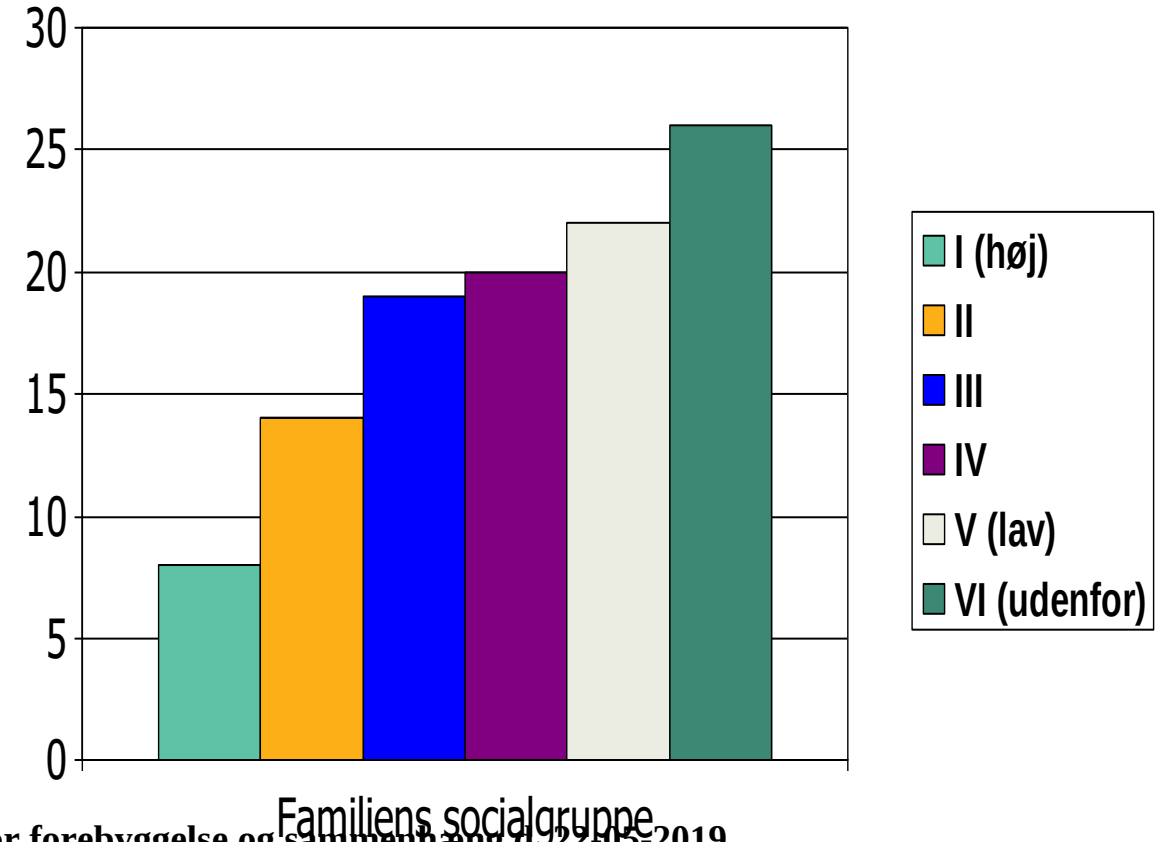
Sociale forskelle i risiko for **at blive syg**

Sociale forskelle i konsekvenser af **at være syg**

Sårbarhed og eksponering



Skolebørn med mindst et psykisk symptom dagligt efter familiens socialgruppe (%)



Sociale forskelle i udsættelse for risikofaktorer

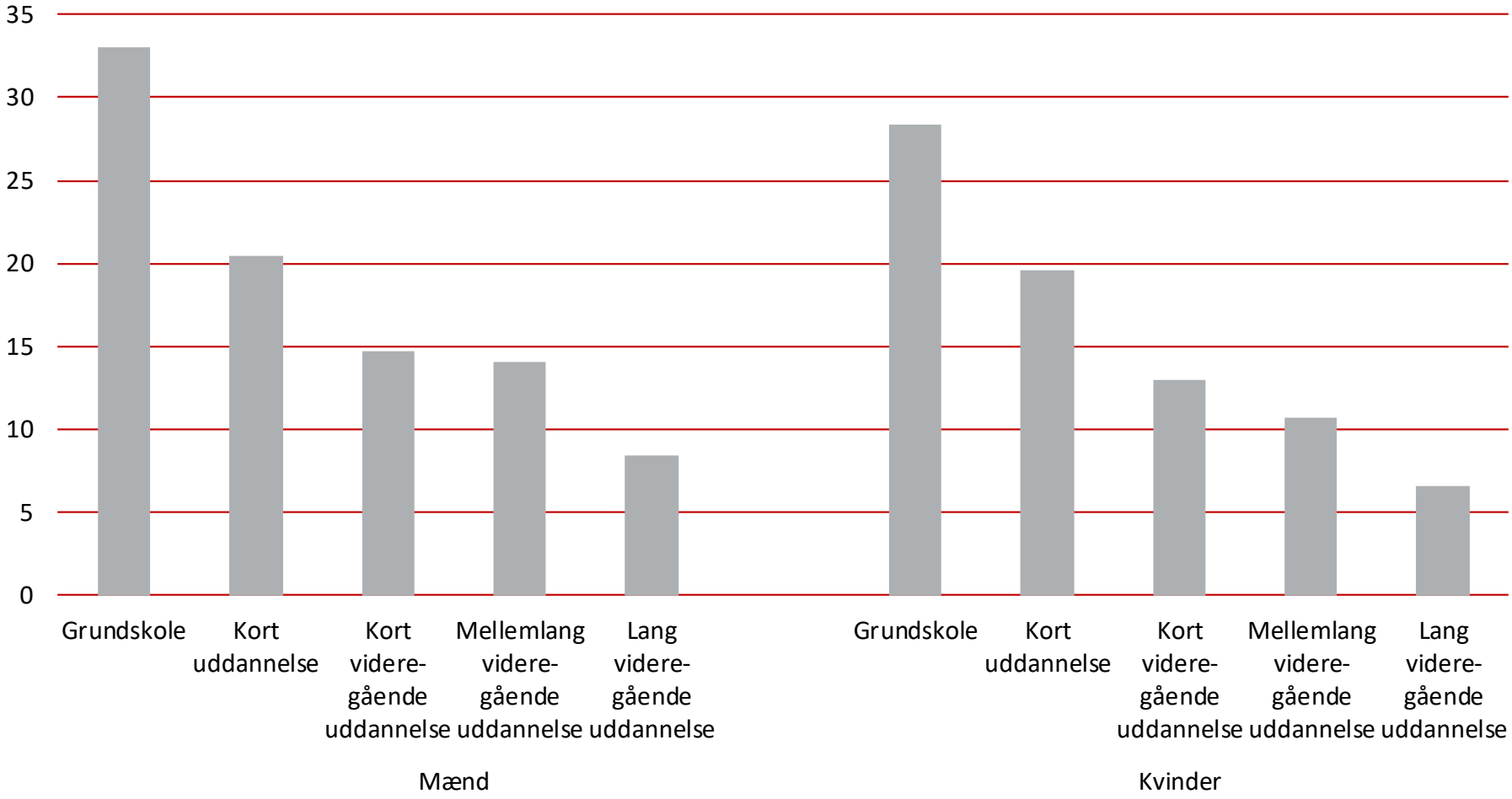
→ Øget eksponering for risikofaktorer som rygning, fysisk inaktivitet og usund mad fører til øget sygelighed og dødelighed

→ Der er markante sociale forskelle i eksponering

→ Ønsket om at leve sundt er ligeligt fordelt

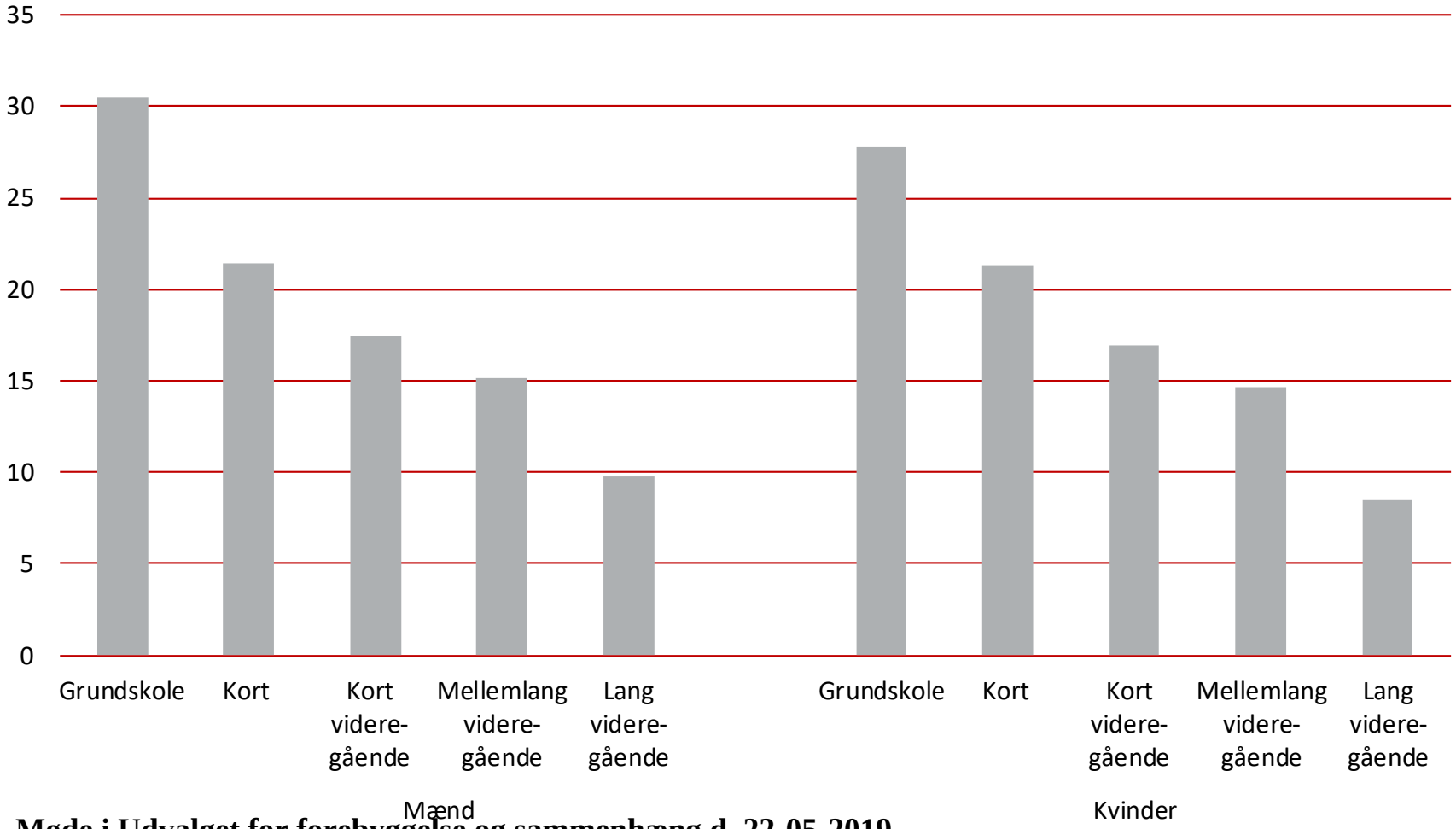
Statens Institut for **Folkesundhed**

Personer, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



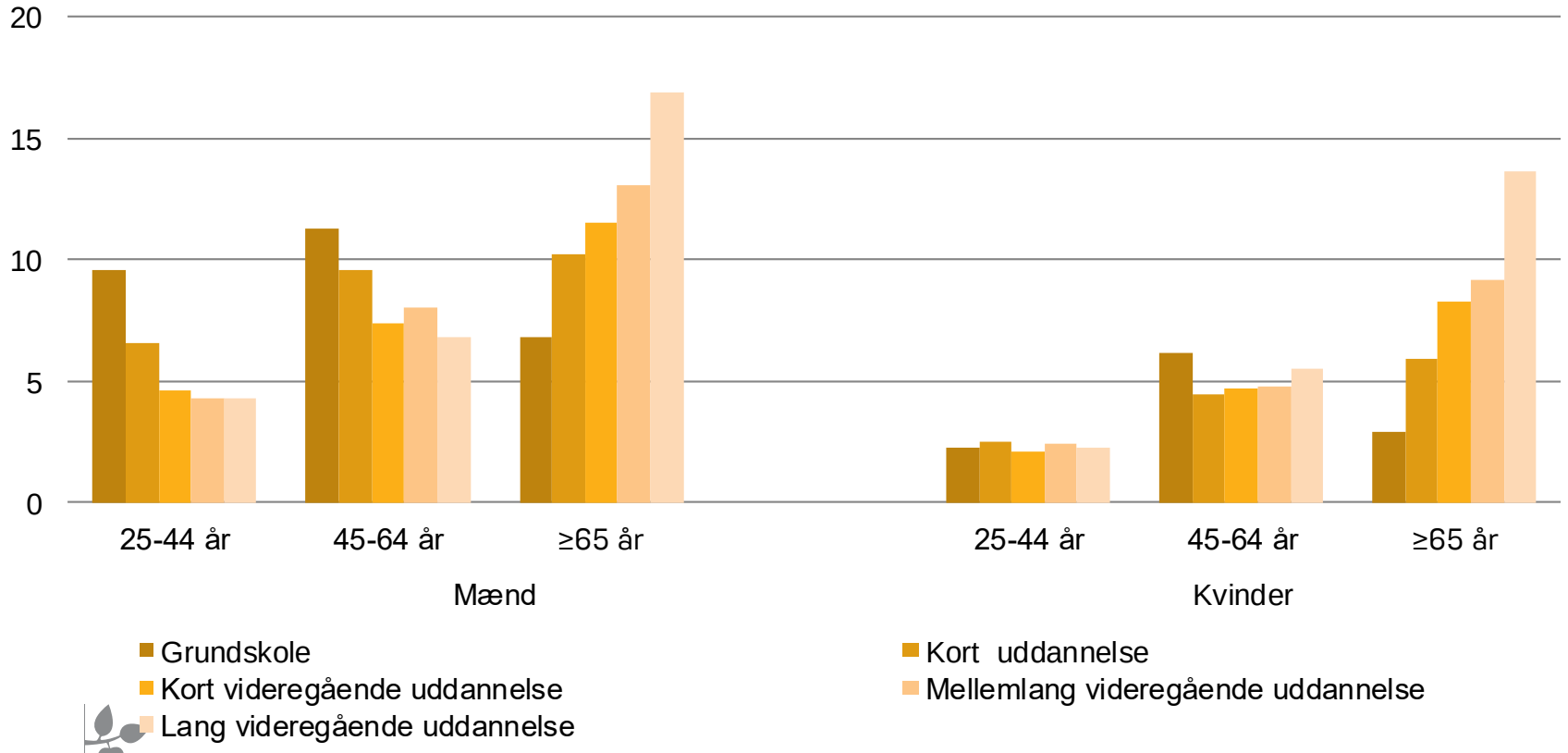
Statens Institut for **Folkesundhed**

Andel svært overvægtige (BMI≥30) blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent



Statens Institut for Folkesundhed

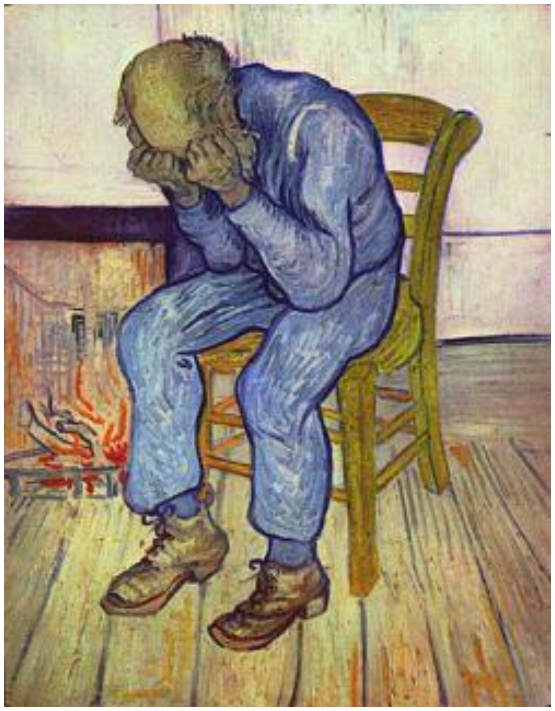
Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige alders- og uddannelsesgrupper. Procent

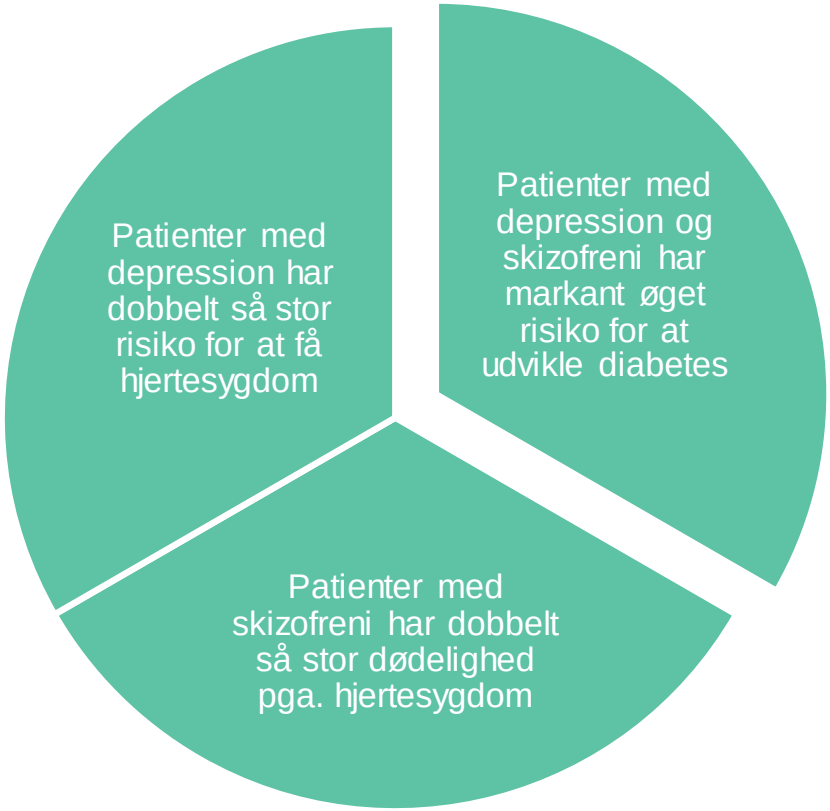


Syddansk Universitet

Sociale forskelle i konsekvenser af sygdom

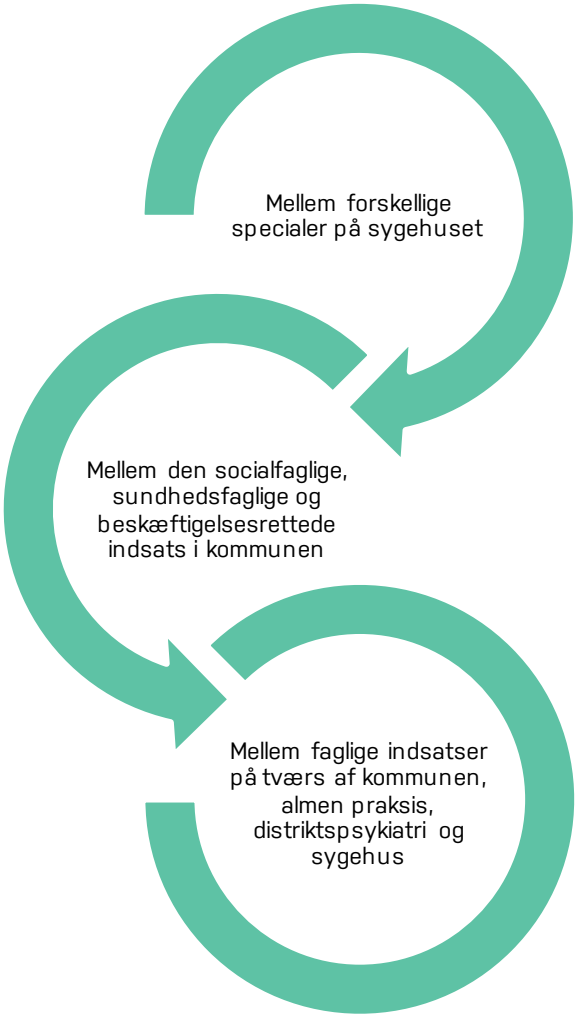
Komorbiditet





Et komplekst system at navigere i

Kompleksiteten stiger med antal sygdomme og samtidigt behov for social støtte og en beskæftigelsesrettet indsats



Sammenhæng i psykiatrien

- Hvordan oplever berørte borgere sammenhæng i deres forløb? → Interviews med 15 mænd og kvinder ml. 25 og 60 år med min. 3 og max. 30 års erfaring med psykisk sygdom
- Hvordan har 16 nationale sammenhængsprojekter på psykiatriområdet adresseret barrierer for sammenhæng?

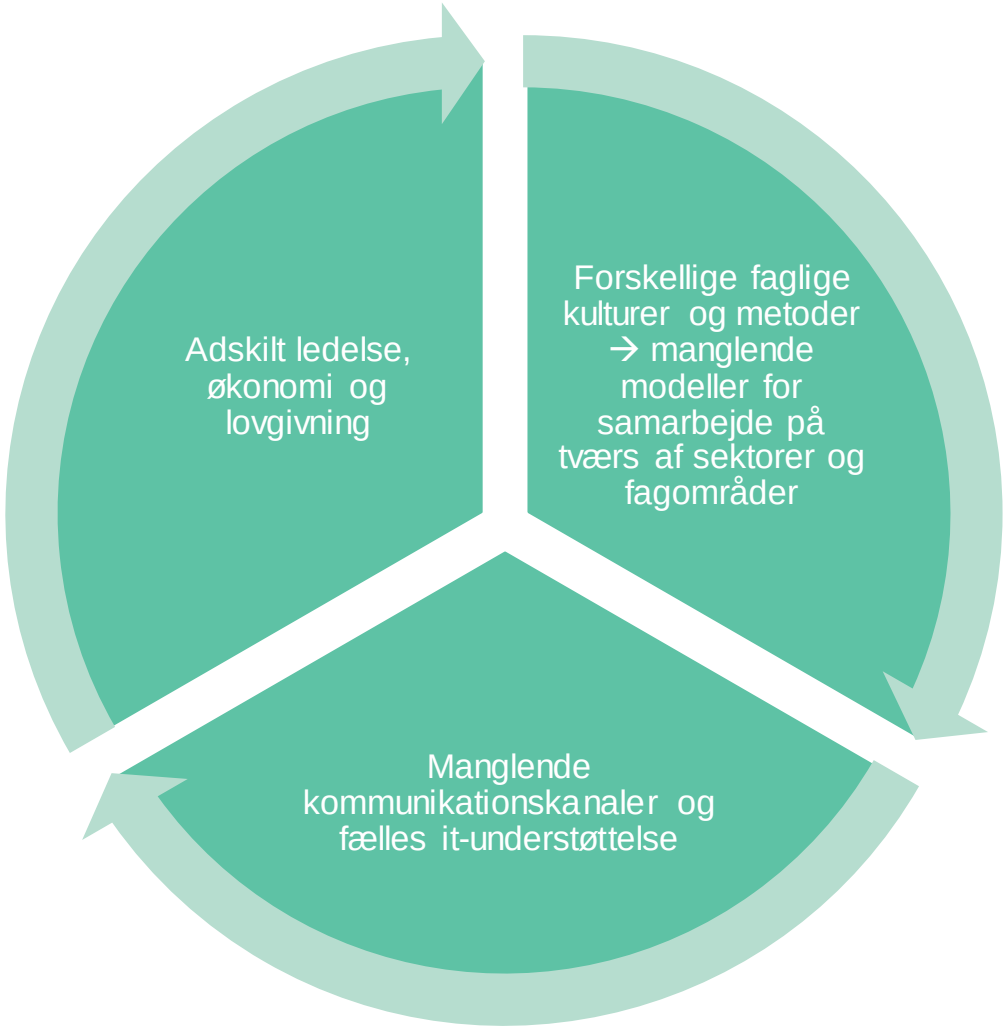
Svært at finde rundt i systemet

Borgerne oplever, at kontakter i forskellige sektorer/fagområder ikke kender til hinandens arbejde, og derfor højest kan skabe sammenhæng indenfor deres eget område

At de ofte selv må agere bindeled mellem kontakter i systemet, hvilket opleves som uoverskueligt og svært, da de ikke har nok indsigt i, hvornår fag- og sektorområder begynder og slutter

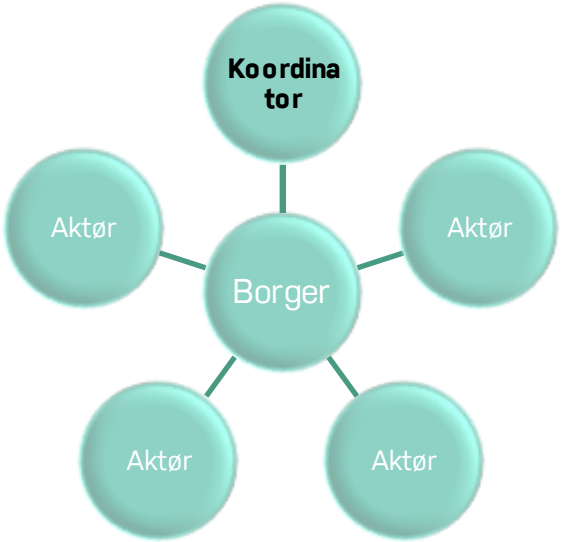
At tilbud ikke er tænkt sammen , og at de ikke nødvendigvis trækker i samme retning

Tre barrierer for sammenhæng



Modeller for samarbejde

- Nationale sammenhængsprojekter har især arbejdet med fælles redskaber og modeller for samarbejde på tværs



Udfordringer ved begge modeller

Tværfaglige teams	Koordinatorfunktion
Svært at få **alle** relevante aktører **inddraget** i de tværfaglige teams	Formidling af viden samt fordeling af ansvar og opgaver på tværs af sektorer var undertiden **en uoverskuelig opgave**
Logistik var en barriere for det tværgående møde (**tid, transport, geografi**)	Tendens til at andre aktører lagde for mange opgaver over på koordinatoren og dermed **fralagde sig ansvaret**
Kulturforskelle og forskelle i mål med indsatsen var en barriere for det tværgående samarbejde	Barriere at koordinatoren kun havde **begrænset beslutningskompetence** – typisk kun indenfor én sektor

De strukturelle barrierer for sammenhæng på tværs

- Adskilt ledelse, økonomi og lovgivning
- Manglende kommunikationskanaler og fælles it-understøttelse

- Har hidtil ikke været adresseret i nationale sammenhængsprojekter på psykiatriområdet

Hovedpointer og handlemuligheder

Der er social ulighed i risiko for at blive syg:

- sårbarhed som grundlægges tidligt i livet
- eksponering for risikofaktorer som forværres gennem livet

Der er social ulighed i konsekvenser af sygdom:

- risiko for at miste arbejde
- komorbiditet → øget dødelighed

Tak!

Budgetlægningen 2020-2023

Budget/finansieringsforslag – Styrkelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Fremsat af: Udvalget for forebyggelse og sammenhæng

Formål og indhold
Der bliver flere ældre mennesker, og flere lever med kroniske sygdomme. Det presser vores sundhedsvæsen. Kommuner og praksissektoren har fået flere komplekse opgaver og på hospitalerne behandler vi flere og flere.

Derfor skal vi have fokus på at kunne behandle flere i det nære sundhedsvæsen og understøtte sammenhæng i forløb på tværs af sektorerne. Regionen ønsker at styrke samarbejde med regionens kommuner og praksissektor yderligere, så de kan løfte deres opgaver tæt på borgerne, og dermed skabe mere nærhed og sammenhæng i indsatsen. Det gælder ikke mindst for børn, ældre svækkede borgere og borgere med kronisk og psykisk sygdom.

Det foreslås, at der i budget 2020 og frem afsættes midler til denne omstilling samt til indsatser, der styrker det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det kan fx være indsatser, der muliggør, at sygeplejersker i kommunen kan arbejde på delegation fra hospitalet, øger adgangen til rådgivning til kommuner og praksissektoren fra hospitalet, udbreder og udvikler tilbud om hjemmebehandling og udgående sygeplejeteams til patienter i eget hjem efter udskrivelse fra hospital, bidrager til kompetenceudvikling og kendskabet til hinanden i det tværsektorielle samarbejde eller andre indsatser på hospitalerne mm.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2020	2021	2022	2023
Løn til evt. nye årsværk				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal				
Samlet udgift	**20-40 mio.kr.**	**20-40 mio.kr.**	**20-40 mio.kr.**	**20-40 mio.kr.**

Evt. uddybende beskrivelse:
Det foreslås, at der afsættes 20-40 mio. kr. årligt til indsatser, der styrker det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen	x
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	

Første udkast til tekst til selve budgetaftalen:

Udviklingen af sundhedsvæsenet går mod, at mere behandling kan flyttes ud i eller tæt på borgerens hjem. Ny teknologi og digitale løsninger gør det muligt at behandle borgeren over afstand, og anvendelse af PRO-data sikrer mere brugerinvolvering i borgerens behandlingsforløb. Etablering af fælles sundhedshuse og større lægehuse danner grundlag for nye samarbejdsformer på tværs og rådgivning, og lægefaglig back up fra hospitaler kan understøtte kommuner og de praktiserende læger i at håndtere flere patientforløb i nærområdet. Regionen ønsker at styrke samarbejdet med regionens kommuner og praksissektor yderligere, så de kan løfte deres opgaver tæt på borgerne, og dermed skabe mere nærhed og sammenhæng i indsatsen. Det gælder ikke mindst for børn, ældre svækkede borgere og borgere med kronisk og psykisk sygdom.

Skabelon til brug for udvalgets 3. budgetdrøftelse: Budgetlægningen 2020-2023

Budget/finansieringsforslag: Influenzastrategi - Bedre forebyggelse af influenzaepidemier

Fremsat af: Udvalget for forebyggelse og sammenhæng / Radikale Venstre og Konservative

Formål og indhold

Mange mennesker i regionen, inklusive ansatte, rammes hvert år af influenza. For nogle udvikler det sig til at blive potentielt farligt, og enkelte dør også hvert år som følge af epidemien. Perioderne med mange influenzasmittede og ekstra sygdom blandt personalet giver også ofte anledning til pressede hospitaler.

Vi ønsker, at der laves en samlet influenzastrategi i Region Hovedstaden med henblik på at forebygge influenzaindlæggelser.

Hvordan foreslår I, at problemet løses?

Vi ønsker, at der igangsættes et strategiarbejde og afprøves metoder til nedbringelse af Influenzaindlæggelser. Fx ved at vaccinere flere eller ved at sætte hurtigere ind med behandling/behandle flere. Derudover ønsker vi at se på, om de relevante afdelinger har tilstrækkeligt kapacitet, både ressourcemæssigt og fysisk, til at stå imod i influenzasæsonen.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2020	2021	2022	2023
Løn til evt. nye årsværk				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal				
Samlet udgift	**1 mio. kr.**	**1 mio. kr.**		

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Hvis der er tale om 1-årige projekter, og ved forslag der har puljelignende karakter, bedes anført om projektets omfang kan skaleres op eller ned.

Projektet omfatter et strategiarbejde samt implementering af konkretes tiltag til nedbringelse af influenzasmitte

Vaccinationsdækningen blandt ældre på 65 og derover var ca. 50 % i 2017/18.

Strategiarbejdet opstartes med etablering af en regional arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen skal på baggrund af eksisterende viden pege på tiltag, som det vil være relevant at implementere i regionen ud fra både et patient- og økonomisk perspektiv. I arbejdsgruppens vurdering kan fx indgå:

- *Patientrettede oplysningskampagner i hospitalsregi om fordele ved vaccination, fx med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens materiale.*
- *At hospitalerne også bidrager til, at flere borgere vaccineres, fx ved tilbud om vaccination ifm. ambulante besøg.*
- *At indsatsen for vaccination af ansatte på hospitalerne styrkes.*
- *At hygiejneindsatsen styrkes, fx ved oplysningskampagner eller andre tiltag på hospitalerne.*
- *Tidligere igangsættelse af behandling af influenzaramte.*

Strategiarbejdet vurderes at vare ca. et halvt år, og det skal omfatte anbefalinger for, hvilke tiltag det vil være mest relevant at implementere. Der afsættes 2 mio. kr. i alt til strategiarbejdet og implementering af konkrete tiltag fordelt over 2 år. Det kan være en udfordring at se på effekt på kort sigt, bl.a. på grund af den variation, der ses fra år til år i forekomsten af influenza, sværhedsgraden af den influenzatype, der er i omløb, men også hvor godt vaccinationen, som typisk gives først på sæsonen, beskytter mod den type, som er i omløb den efterfølgende vinter. Statens Serum Institut monitorerer influenzaområdet nøje, bl.a. mht. vaccinationer og indlæggelser relateret til influenza.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Hvis forslaget finansieres af flere kasser, skal andelene fra kasserne anføres (fx sundhed 1/3, regional udvikling 2/3).

Sundhedskassen	x
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	

Første udkast til tekst til selve budgetaftalen:

Konkret forslag til tekst til budgetaftale indsættes først i forslaget til udvalgets 3. drøftelse af budgetinitiativer.

Styrket influenzaforebyggelse til borgere, patienter og ansatte

Skabelon til brug for udvalgets 3. budgetdrøftelse: Budgetlægningen 2020-2023

Budget/finansieringsforslag: Rekrutteringsteams til sikring af lægedækningen i almen praksis i Region Hovedstaden

Fremsat af: Udvalget for forebyggelse og sammenhæng / Radikale Venstre

Formål og indhold
Formålet er at styrke Region Hovedstadens rekrutteringsteam og muliggøre flere proaktive indsatser, der skal tiltrække og fastholde læger i almen praksis. Den fokuserede rekrutteringsindsats skal bl.a. bidrage til at yngre læger vælger almen medicin som speciale og nedsætter sig i almen praksis.

Udfordringen som skal løses
Region Hovedstaden har de senere år oplevet stigende problemer med at sikre lægedækning i regionens planområder. Det skyldes udfordringer med at fastholde og rekruttere læger til almen praksis. Hvis vi skal styrke det nære sundhedsvæsen og løse flere opgaver i primærsektoren samtidig med, at der kommer flere ældre, kronisk syge og borgere med multisygdomme, er det nødvendigt at arbejde målrettet med at sikre lægedækning på den lange bane. Det kræver en proaktiv indsats i samarbejde med PLO-Hovedstaden og kommunerne.

En undersøgelse fra 2018 af foreningen Yngre Læger viser, at yngre almenmedicinere ikke nødvendigvis ser sig selv arbejde i almen praksis, og at mere end halvdelen i høj eller nogen grad kan forestille sig et andet arbejde end primærsektoren. Vi ved desuden fra Forum for Yngre Almenmedicinere, at muligheden for at afprøve erhvervet i almen praksis gennem fx praktikophold spiller en vigtig rolle ift. rekruttering.

Region Hovedstaden har allerede en rekrutteringsfunktion/team, som blev etableret i 2017 med det formål at målrette og intensivere regionens vejledning af og hjælp til speciallæger i almen medicin, der overvejer at nedsætte sig som praktiserende læger i regionen. Samtidig blev der etableret en informationsportal på regionens hjemmeside og Sundhed.dk under "Paavejipraksis" for at skabe et overblik over de relevante regionale tilbud til kommende praktiserende læger.
Rekrutteringsfunktionen samarbejder med praksiskonsulenterne (praktiserende læger) i den fælles kvalitetsfunktion, KAP-H, om arrangementer, rekrutterings- og fastholdelsestiltag.

Med inspiration fra de rekrutteringsindsatser, som Region Syddanmark har opnået gode resultater med, foreslås det at rekrutteringsindsatsen styrkes bl.a. på følgende områder:

- Rekrutteringsarrangementer og netværksdannelse, der kan vække yngre læger og medicinstuderens interesse for erhvervet og livet som praktiserende læge
- Sommerpraktik for medicinstuderende i almen praksis, hvor de kan få kendskab og indblik i almen praksis
- En yderligere intensivering af indsatsen med råd og vejledning af yngre læger i forbindelse med nedsættelse i almen praksis
- Arrangementer, hvor rekrutteringsteamet er bindeled mellem de yngre læger og praktiserende læger og sørger for, at de to grupper mødes og indgår i dialog med hinanden om evt. ansættelse, generationsskifteaftaler, overdragelse af praksis mv.

Det foreslås, at der afsættes 1 mio. kr. i 2020 til styrkelse af rekrutteringsindsatsen. Midlerne skal bl.a. bruges til at udvikle, afholde og facilitere indsatser, der tiltrækker medicinstuderende og yngre almen medicinere til at nedsætte sig som praktiserende læge.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2020	2021	2022	2023
Løn til evt. nye årsværk				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal				
Samlet udgift	**1,0 mio. kr.**			

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Der er indgået aftale mellem regionen og PLO-Hovedstaden om omlægning af sammenligningsområder. Det betyder, at regionen vil have en mindre udgift til honorar til almen praksis, og det er aftalt, at midlerne i stedet bruges til initiativer vedr. rekruttering, fastholdelse og tilgængelighed. Disse midler bør prioriteres til styrket rekrutteringsindsatser fra 2021 og frem.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Hvis forslaget finansieres af flere kasser, skal andelene fra kasserne anføres (fx sundhed 1/3, regional udvikling 2/3).

Sundhedskassen	X
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	

Første udkast til tekst til selve budgetaftalen:

Regionen Hovedstaden har de senere år oplevet stigende problemer med at sikre lægedækning i almen praksis. Regionen ønsker derfor at styrke indsatsen for at rekruttere og fastholde praktiserende læger. Dette skal ske ved at udvide aktiviteterne i regionens rekrutteringsteams i tæt samarbejde med PLO-Hovedstaden og kommunerne.

Skabelon til brug for udvalgets 3. budgetdrøftelse: Budgetlægningen 2020-2023

Budget/finansieringsforslag – Forebyggelse af social ulighed i rehabiliteringsforløb efter kritisk sygdom

Fremsat af: Udvalget for forebyggelse og sammenhæng / Alternativet

Formål og indhold

Vi skal styrke forebyggelsesområdet, så kritiske sygdomme som for eksempel kræft og hjerte-kar-sygdomme ikke opstår. Men samtidig skal vi sætte ind med forebyggelse af social ulighed i forløbene for de borgere, der er blevet ramt af kritisk sygdom.

Vi ved fra undersøgelser på kræftområdet, at der kan ses social ulighed i hele forløbet. Der er social ulighed i, hvem der får kræft, og hvor fremskreden sygdommen er, når den bliver opdaget; der er social ulighed i behandling og rehabilitering, og der er social ulighed i overlevelse. En undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse viser, at kræftpatienter med en kort uddannelse, lav indkomst og patienter, der bor alene, har en dårligere overlevelse, næsten uanset hvilken kræftform de er diagnosticeret med.

Deltagelse i rehabiliteringsforløb nedsætter risikoen for tilbagefald af sygdomme og genindlæggelser. Men der er social ulighed i deltagelse i rehabilitering, blandt andet på hjerte- og kræftområdet. Det er især de ressourcestærke patienter, der deltager, og derudover er effekten af rehabiliteringen dårligere blandt ressourcesvage end blandt ressourcestærke.

En del af forklaringen er, at sundhedsvæsenet generelt og herunder også rehabiliteringstilbud kan være indrettet, så det passer bedre til patienter, der er ressourcestærke, selv kan navigere og være tovholder i forløbet, og har den samme sundhedsforståelse, som man har i sundhedssystemet. For patienter med psykosociale vanskeligheder i form af ex. psykiske følgevirkninger af sygdommen eller økonomiske problemer kan disse vanskeligheder i sig selv udgøre en forhindring for deltagelse i rehabilitering.

Vi skal derfor arbejde på at mindske den sociale ulighed i rehabiliteringsforløb efter kritisk sygdom ved at blive bedre til at tilgodese de forskellige behov, borgerne har. Mange patienter kan klare sig selv, mens andre har brug for mere hjælp og rådgivning. Det er vigtigt, at vi finder løsninger for de patienter, som har brug for endnu mere hjælp til at navigere gennem sundhedsvæsenet. Og det er vigtigt, at vi hjælper patienterne med at få hjælp i for eksempel kommunen til at få løst de problemer, der eventuelt forhindrer dem i at deltage i rehabilitering.

Der skal afsættes midler på det enkelte hospital til at tilbyde en mere håndholdt indsats til patienter med kritisk sygdom, som ikke selv eller i deres netværk har tilstrækkelige ressourcer. Målet er at sikre, at flere ressourcesvage patienter deltager i rehabilitering. Det specifikke behov på det enkelte hospital skal kvalificeres yderligere lokalt.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2020	2021	2022	2023
Løn til evt. nye årsværk	2,7 mio.	2,7 mio.	2,7 mio.	2,7 mio.
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal	6	6	6	6
Samlet udgift	2,7 mio.	2,7 mio.	2,7 mio.	2,7 mio.

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Der afsættes midler svarende til en sygeplejerske/socialrådgiver på hvert af regionens seks hospitaler.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Hvis forslaget finansieres af flere kasser, skal andelene fra kasserne anføres (fx sundhed 1/3, regional udvikling 2/3).

Sundhedskassen	X
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	

Første udkast til tekst til selve budgetaftalen:
Vi skal arbejde på at mindske den sociale ulighed i rehabiliteringsforløb efter kritisk sygdom ved at blive bedre til at tilgodese de forskellige behov, borgerne har. Der afsættes midler på det enkelte hospital til at tilbyde en mere håndholdt indsats til patienter med kritisk sygdom, som ikke selv eller i deres netværk har tilstrækkelige ressourcer. Målet er at sikre, at flere ressourcesvage patienter deltager i rehabilitering.

Skabelon til brug for udvalgets 3. budgetdrøftelse: Budgetlægningen 2020-2023

Budget/finansieringsforslag: Forebyggelse og styrket indsats over for fødselsdepressioner for mødre og fædre.

Fremsat af: Udvalget for forebyggelse og sammenhæng / Alternativet

Formål og indhold

Hvilket problem vil I løse?
Opsporing og tidlig behandling af fødselsdepressioner.

Hvordan foreslår I, at problemet løses?
Man vurderer, at ca. 10% af nybagte mødre får en fødselsdepression og ca. 1 ud af 3 søger hjælp til behandling af deres depression. Dette kan have alvorlige følger for tilknytning mellem mor/far og barn, som kan følge barnet til det bliver voksen.

Undersøgelser viser, at fødselsdepressioner kan opdages før fødslen og derfor bør behandling starte før fødslen. Dette forslag tager udgangspunkt i både mødre og fædre.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2020	2021	2022	2023
Løn til evt. nye årsværk	**1,5 mio. kr.**	**3,0 mio. kr.**	**3,0 mio. kr.**	
Øvrig drift	**0,5 mio. kr.**	**1,0 mio. kr.**	**1,0 mio. kr.**	
Etableringsudgifter				
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal	**Ca. 2**	**Ca. 4**	**Ca. 4**	
Samlet udgift	**2,0 mio.kr**	**4,0 mio. kr.**	**4,0 mio. kr.**	

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Hvis der er tale om 1-årige projekter, og ved forslag der har puljelignende karakter, bedes anført om projektets omfang kan skaleres op eller ned.

Flere danske og internationale studier viser, at det er muligt at opdage fødselsdepressioner hos mænd og kvinder allerede under graviditeten. En tidlig behandlingsindsats kan mindske belastningen for spædbarnsfamilier og dermed de udviklingsmæssigt skadelige konsekvenser, som en forældres fødselsdepression kan have for barnet.

Der er forskellige metode til screening for fødselsdepressioner. Bl.a. er der på Rigshospitalet udviklet et spørgeskema om reaktioner på at vente barn/blive forældre, som kan bruges til at screene for fødselsdepression hos både vordende mødre og fædre. Der er desuden udviklet en behandlingsmodel, hvor der tilbydes psykologhjælp straks efter en screening har vist tegn på en fødselsdepression. I gennemsnit er der behov for 5 psykologsamtaler per forløb.

Baseret på erfaringerne på Rigshospitalet og den eksisterende litteratur anbefales en screening af begge forældre – helst under graviditeten og senest 6 uger efter barnets fødsel.

Screening kan finde sted hos egen læge ifm. graviditetsundersøgelse, ved jordemoderkonsultationer eller ved graviditetsbesøg af den kommunale sundhedspleje. Det skal afklares nærmere, hvad der vil være mest hensigtsmæssigt, hvis screeningen skal implementeres i Region Hovedstaden.

Behandlingsdelen kan etableres i regionalt regi ved at ansætte psykologer hertil. I dag kan der fra almen praksis og fødeafdelinger henvises til psykiatrien, hvis den gravide fx viser tegn på en egentlig depression eller fødselspsykose. Det drejer sig om få kvinder, men kan være meget alvorligt pga. risikoen for selvmord. Region Hovedstadens psykiatri vil således blive en central part ved en konkretisering af projektet, så der også er opmærksomhed på, hvornår der bør henvises til psykiatrien, og de eksisterende samarbejdsaftaler på området.

Det søgte beløb (10 mio. kr. over 3 år) er estimeret ud fra, at der så vil kunne ansættes ca. 4 psykologer i regionen, mens der kun er afsat et mindre beløb til kompetenceudvikling mm. ifm. implementering af screeningen. Dvs., at hvis screeningen skal foregå i regionalt regi, vil det kræve yderligere ressourcer til jordemoderkonsultationer ligesom almen praksis også vil skulle honoreres, hvis de skal varetage opgaven. Beløbet er desuden estimeret ud fra, at screening implementeres gradvist og ikke omfatter alle gravide.

Såfremt, at alle gravide og deres partnere screenes, vil der med udgangspunkt i tal fra Rigshospitalets projekter på området være behov for ca. 17 psykologer i regionen. Det vil kræve et væsentligt større beløb. (Baseret på 20.000 fødsler årligt i regionen, at 11 % af de kommende mødre og 8 % af de kommende fædre henvises til forløb hos psykolog af en gennemsnitlig varighed på 5 samtaler).

En styrket indsats ift. fødselsdepressioner vil hænge godt sammen med fokusområdet om børn og unges sundhed i Sundhedsaftalen for 2019-2022. Det kan desuden nævnes, at det indgår i Finanslovsaftalen for 2019, at der skal udarbejdes en national strategi for en styrket indsats over for fødselsdepressioner, og der er årligt afsat 5 mio. kr. hertil. Det forventes bl.a., at der vil komme anbefalinger for, hvordan indsatsen ift. fødselsdepressioner skal organiseres, hvilket kan få betydning for, hvordan nærværende projekt skal konkretiseres i Region Hovedstaden.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Hvis forslaget finansieres af flere kasser, skal andelene fra kasserne anføres (fx sundhed 1/3, regional udvikling 2/3).

Sundhedskassen	x
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	

Første udkast til tekst til selve budgetaftalen:

Konkret forslag til tekst til budgetaftale indsættes først i forslaget til udvalgets 3. drøftelse af budgetinitiativer.

Tidlig opsporing og behandling af fødselsdepression hos vordende mødre og fædre

Skabelon til brug for udvalgets 3. budgetdrøftelse: Budgetlægningen 2020-2023

Fortsættelse af samarbejdsaftale med Røde Kors om drift af omsorgscenter til hjemløse borgere

Fremsat af: Udvalget for forebyggelse og sammenhæng

Formål og indhold
Formålet med forslaget er at sikre fortsat drift af Røde Kors omsorgscenter målrettet hjemløse borgere, som efter udskrivning fra hospitaler i hovedstadsregionen har behov for pleje og restituering. Omsorgscentret er drevet af frivillige og et mindre antal lønnede medarbejdere.

Omsorgscentret har 10 døgn-pladser målrettet hjemløse borgere, som efter udskrivning fra hospitaler i hovedstadsregionen har behov for pleje og restituering, inden de kan klare de ofte hårde livsomstændigheder, de skal tilbage til. Omsorgscentret tilbyder 14 dages ophold som giver mulighed for, at borgerne ikke udskrives til gaden, men heller ikke opholder sig længere end nødvendigt på hospitalet.

For at vurdere effekterne af omsorgscentrets indsats, er der gennemført et randomiseret og samfundsøkonomisk forskningsprojekt 'Bridge Copenhagen – respite care for homeless people', under ledelse af professor og forskningsleder Ove Andersen fra Klinisk Forskningscenter på Amager og Hvidovre Hospitaler. Projektet har inkluderet 96 brugere af omsorgscentret og set på effekten af omsorgscentrets indsat. Resultaterne fra forskningsprojektet er på vej til at blive publiceret og de overordnede resultater er:

- Både efter 6 og 12 måneder fra udskrivelse er der signifikant højere omkostninger til hjemløse, som ikke har fået tilbud om 14 dages restituering på omsorgscentret.
- Efter 3 måneder er omkostningerne til kontrolgruppens deltagere i forhold til dem som har boets på omsorgscentret:
    - ca. 30.700 kr. højere for omkostninger til akut behandling på hospitalet
    - ca. 14.700 kr. højere for omkostninger til kommunale ydelser
    - ca. 4.200 kr. højere for kommunale udgifter til færdigbehandlede dage på hospitalerne
- Til gengæld oplever kommunerne højere omkostninger til omsorgscentrets beboere i forhold til rehabilitering og misbrugsbehandling i kommunerne.
- Den beregnede "Incremental Cost-Effectiveness Ratio" i forhold til at modtage et tilbud om at bo på omsorgscentret er negativ. Dette betyder, at "tilbuddet" er både mere effektiv og omkostningsbesparende i forhold til ikke at tilbyde de hjemløse tilbuddet.

I forskningsprojektet fremgår udtalelser fra omsorgscentrets brugere. Disse tegner et billede af, at opholdet har givet dem et frirum og tid til at tænke over livet og ikke mindst lyst til, at der skal ske en ændring.

Tilbuddet blev frem til 31.dec 2017 finansieret af satspuljemidler. Regionsrådet har både i budget 2018 og 2019 bevilligede 2,1 mio. kr. til fortsat drift af centeret. For begge år har der været tale om midlertidige løsninger og regionsrådets har lagt vægt på det sundhedsfaglige indhold i tilbuddet. Regionsrådet har for begge budgetår ønsket at udarbejdelse af forslag til en varig løsning, skal ske i en dialog med kommunerne omkring indhold i samt finansiering af tilbuddet.

For at sikre fortsat drift af omsorgscenter foreslås det, at der for 2020 bevilges fuld regional finansiering under forudsætning af, at der i regi af samarbejde mellem kommuner og region under sundhedsaftaler arbejdes på tilvejebringelse af et varigt samarbejde med kommuner om tilbuddet, både hvad angår det indholdsmæssige som finansieringen af tilbuddet.

Budgettet er 2,5 mio.kr. årligt og dækker husleje, kost til beboerne, plejeartikler og aflønning af det ansatte sygepleje- og omsorgspersonale (ca. 2,5 årsværk). En eventuel budgetoverskridelse vil blive dækket af Røde Kors.

Såfremt der afsættes midler til fortsættelse af samarbejdsaftalen med Røde Kors, vil der blive taget fornyet henvendelse til Københavns Kommune med henblik på at opnå kommunal medfinansiering af tilbuddet.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2020	2021	2022	2023
Løn til evt. nye årsværk				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk (hvis der skal ansættes nye) Angiv antal				
Samlet udgift	**2,5**	**2,5**	**2,5**	**2,5**

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt): Hvis forslaget finansieres af flere kasser, skal andelene fra kasserne anføres (fx sundhed 1/3, regional udvikling 2/3).

Sundhedskassen	x
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	

Første udkast til tekst til selve budgetaftalen:
Regionen ønsker fortsat at støtte driften af Røde Kors omsorgscenter målrettet hjemløse borgere, som efter udskrivning fra hospitaler i hovedstadsregionen har behov for pleje og restituering. Omsorgscentret har 10 døgn-pladser og tilbyder 14 dages ophold efter indlæggelse.

Vores Sundhedsaftale

Forslag til Sundhedsaftale 2019-2023 for
Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

Indholdsfortegnelse

Forord 3

Vores udfordringer 4

Vores fælles visioner 5

– Mere sammenhæng i borgerens forløb 5

– Mere lighed i sundhed 5

– Mere samspil med borgerne 5

– Mere sundhed for pengene 5

Vores principper for samarbejdet 6

Vores fokusområder 7

– Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom 8

– Sammen om borgere med psykisk sygdom 9

– Sammen om børn og unges sundhed 9

Fra aftale til handling: Vores fremgangsmåde og organisering 10

– Sundhedskoordinationsudvalget 11

– Samordningsudvalg 11

– Temagrupper 11

– Administrativ styregruppe 11

Opfølgning 12

Bilagsoversigt 12

Forord

Vi har i Sundhedskoordinationsudvalget set frem til at præsentere Sundhedsaftalen for 2019-2023.

Det er hele Sundhedskoordinationsudvalget, der står bag denne aftale. Det er et udgangspunkt, som vi forventer os meget af, for det betyder at parterne bag vores Sundhedsaftale er de 29 kommuner i regionen, Region Hovedstaden og almen praksis i Region Hovedstaden.

Aftalen er den fjerde sundhedsaftale mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner. Vi bygger naturligvis videre på de erfaringer, som vi har fået gennem de foregående aftaler, men samtidig har vi også ønsket at lave en ny form for aftale.

Vores udgangspunkt har været et fælles ønske om at lave en klar og fokuseret aftale, der lægger nye spor for et meget dynamisk og tæt samarbejde om sundhed til gavn for de mange borgere, der har brug for indsatser på tværs af sektorgrænserne. Aftalen er derfor båret af vores værdier og beskriver vores fælles politiske visioner, mål og principper for, hvordan vi vil udvikle samarbejdet inden for de tre områder, som vi har valgt at sætte særligt fokus på i denne sundhedsaftale.

Vi har i kommunerne, regionen og i almen praksis hver vores roller og opgaver på sundhedsområdet. Afsættet for vores samarbejde er en anerkendelse heraf, men samtidig har vi også et stort fælles ønske om at handle proaktivt i forhold til borgernes sundhed. Tidlig indsats og udvikling af flere effektive forebyggelsestilbud vil derfor være vigtige pejlemærker, når vi går i gang med at udfolde og konkretisere de fem mål, som vi har udvalgt under vores tre fokusområder.

Vi ved, at Sundhedsaftalen først vil gøre en reel forskel, når aftalens ord omsættes i handling. Det er en krævende opgave. Men vi er allerede godt på vej!

I forberedelsen af aftalen er vi blevet mødt af et stort engagement og ønske om tage ejerskab for denne Sundhedsaftale fra politikere, foreningsrepræsentanter, borgere, pårørende og medarbejdere.

Vi skylder alle en stor tak for de mange gode input, som Sundhedskoordinationsudvalget har fået undervejs i processen og som har gjort os klogere på, hvilke udfordringer, det er særligt vigtigt, Sundhedsaftalen sætter fokus på.

Det er vores ønske, at dialogen ikke stopper her. Dialogen skal fortsætte og udvikles gennem hele aftaleperioden. Vi byder derfor alle parter – og ikke mindst borgere og pårørende – ind i samarbejdet om Vores Sundhedsaftale!

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Flemming Pless
Formand

Sisse Marie Welling
Næstformand

Vores udfordringer

Baggrundstæppet og overliggeren for denne Sundhedsaftale er de otte nationale mål for sundhedsvæsenet.

De otte nationale mål sætter en klar retning for, hvordan vi i kommunerne, regionen og praksissektoren sammen med borgere og pårørende skal samarbejde for et bedre sundhedsvæsen: Mere sammenhængende forløb, styrket indsats for borgere med kroniske sygdomme og ældre borgere, ulighed i sundhed og patientsikkerhed er blandt de vigtigste områder at sætte ind i det lokale samarbejde.

Målene er nationale, men det er lokalt, vi kan gøre en forskel ved at tage et fælles ansvar for borgernes sundhed.

Sundhedsvæsenets vej mod de nationale mål følges med forskellige indikatorer og i vores region er vi udfordret på væsentlige områder.

Udfordringerne er desværre velkendte – vi har stået over for dem i mange år. Til trods for, at der er gjort et stort stykke arbejde, er der stadig alt for mange borgere, der oplever uhensigtsmæssige akutte indlæggelser og genindlæggelser. Vi har stadig en social skæv fordeling af sygdomme, og alt for mange borgere, der falder mellem systemerne.

Samtidig betyder udviklingen i samfundet og inden for sundhedsvæsenet, at der hele tiden kommer nye aspekter til, som vi må forholde os til. Frem mod 2030 kan vi forvente at blive 200.000 flere borgere i regionen – næsten halvdelen vil være over 60 år, hvoraf flere vil leve i mange år med én eller flere kroniske sygdomme.

Vi ser også en udvikling, hvor nye behandlingsformer, ny teknologi og omlægning af opgaver betyder, at sundhedsvæsenet rykker tættere på borgerens hjem. Det er i sig selv en positiv udvikling, men det stiller helt nye krav til den måde, som kommunerne, praksissektoren og regionen skal samarbejde på.

Vi skal derfor tænke nyt, og vi skal gøre det bedre sammen – til gavn for borgeren!

Vores fælles visioner

Sundhedsaftalen skal skabe en ny ramme for flere og bedre fælles løsninger på de udfordringer, som borgere/pårørende, kommuner, region og praksissektor står over for på sundhedsområdet.

Med denne sundhedsaftale vil vi gå nye veje. Vi vil nedbryde barrierer, som begrænser vores muligheder for at løfte vores fælles ansvar for sundhed og for at tilbyde alle borgere sammenhængende forløb med høj kvalitet.

Sundhedsaftalen skal være en stærk katalysator for et samarbejdende sundhedsvæsen med en fælles vision om:

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

Mere sammenhæng i borgerens forløb

Sundhedsvæsenet er en kompleks størrelse, og borgerne har gennem deres sygdomsforløb ofte kontakt med mange forskellige fagpersoner fra flere sektorer, der handler ud fra forskellige regler, økonomi, kultur og sprog. Det kan gøre det svært for både borgere, pårørende og fagpersoner at bevare overblikket over forløbet.

Men kompleksiteten i sundhedsvæsenet må ikke komme borgeren til last og blive en undskyldning for uhensigtsmæssige handlinger i mødet med borgere, der er ramt af sygdom. Vi vil have mere sammenhæng for alle borgere, især for dem med mange kontakter i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi styrke vores samarbejdskultur og sammenhængskraft for at skabe grobund for mere helhedstænkning og mindre silotænkning.

Mere lighed i sundhed

Der skal være let og lige adgang til sundhed for alle borgere i regionen. Men, vi ved også, at det desværre ikke er tilfældet i dag. Mange borgere oplever på grund af sociale, fysiske eller psykiske forhold store barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Det har både store konsekvenser for samfundsøkonomien og for de grupper i vores befolkning, der mister sunde leveår.

Uligheden i sundhed påvirkes af mange forhold – også uden for sundhedsvæsenet. Men i sundhedsvæsenet har vi et stort medansvar. Vi vil nedbryde de barrierer, som begrænser mulighederne for lige og let adgang til sundhed.

Vi vil handle proaktivt og sammen prioritere forebyggelse, fordi borgenes sundhed er helt afgørende for det enkelte menneskes trivsel og muligheder for at forme sit liv på egne præmisser. Og vi vil forsætte vores arbejde med at skabe flere muligheder for flere fleksible løsninger, der tilpasses borgernes ønsker, behov og ressourcer.

Vi mener, at det er vejen til at skabe mest mulig sundhed for alle borgerne i regionen.

Mere samspil med borgerne

Borgere, der rammes af sygdom, har en naturlig forventning om at blive mødt af et sundhedsvæsen, der tager afsæt i den enkeltes behov, ønsker og ressourcer. Tilsvarende er der mange pårørende, som også kan have behov for støtte.

Vi ved også, at et afsæt i borgerens og de pårørendes behov og ønsker giver bedre behandlingsresultater og dermed en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Vi vil derfor skabe det nødvendige rum til et aktivt samspil med borgerne. Borgere og pårørende er helt centrale, når vi sammen udvikler nye indsatser og sundhedstiltag.

I de individuelle forløb vil vi møde borgerene og deres pårørende i en respektfuld og åben dialog, hvor vi lytter, anerkender og handler ud fra deres viden og ønsker.

Mere sundhed for pengene

Hele sundhedsvæsenet er under stigende pres, og ressourcerne er knappe. Opgaverne skal derfor løses, hvor det er mest effektivt for samfundsøkonomien og giver mest værdi for borgerne.

Vi tror på, at vi kan spille hinanden gode på nye måder og hjælpe hinanden mere, så vi kan skabe mere sundhed for de ressourcer, som vi råder over. Vi vil sætte ind på at finde de områder, hvor opgaverne kan løses mere effektivt gennem klare snitfladebeskrivelser, ved kompetenceudvikling eller ved, at vi fletter vores indsatser endnu mere sammen.

Vores principper for samarbejdet

Vores visioner skal afspejles i vores handlinger. Det kræver fælles forståelse for den måde, som vi vil samarbejde på inden for det samlede sundhedsvæsen.

Med afsæt i de erfaringer, som vi har fået gennem mere end 10 års samarbejde om sundhedsaftaler, har vi derfor udviklet nedenstående principper for, hvordan vi vil arbejde sammen omkring de dele af borgernes liv, som vi er fælles om.

Vi er enige om, at vi tager afsæt i disse principper, når vi udfolder og konkretiserer de fokusområder, som vi vælger at arbejde med i Sundhedsaftalen.

Borgerne med fra start

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

Helhedssyn

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

Samme høje kvalitet

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

Effektiv ressourceudnyttelse

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

Fælles kompetenceudvikling

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

Klar opgave- og ansvarsfordeling

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

Sammenhængskraft

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

Fælles ansvar for borgernes sundhed

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

Vores fokusområder

Rammen for vores fokusområder

Vi ser de otte nationale mål for sundhed som tydelige pejlemærker for den retning, som vi ønsker at sætte for vores samarbejde om sundhed. Vores fælles fokusområder skal derfor bidrage til at realisere de nationale målsætninger. Regeringen følger udviklingen nøje inden for målene gennem en række udvalgte indikatorer på regionalt og kommunalt niveau.

Vi vil – hvor det er muligt – følge resultaterne af vores arbejde ud fra de indikatorer, der er fastlagt for de otte nationale mål.

Nationale mål for sundhed

Vores fokusområder

Vi er ambitiøse på borgernes vegne. Men, vi ved, at vi ikke kan arbejde med alle udfordringer og nationale mål på én gang. Vi vil derfor samle kræfterne om få og udvalgte fokusområder, hvor vi ser et særligt stort behov for at udvikle det regionale tværsektorielle samarbejde om sundhed.

Med få udvalgte fokusområder sikrer vi også en dynamisk sundhedsaftale. Vi kan undervejs i perioden udpege nye fokusområde eller vælge at justere de indsatser, som vi arbejder med inden for de enkelte fokusområder. Dermed kan vores indsats gennem hele aftaleperioden koncentreres om de områder, hvor vi ser de største behov for at videreudvikle samarbejdet om kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Samtidig skaber vi plads til at arbejde med de nationale tiltag inden for det tværsektorielle område, som løbende gives til regioner og kommuner.

I forberedelsen af Sundhedsaftalen har politikere, patientforeninger og interesseorganisationer samt fagpersoner været inviteret ind til dialog om, hvor de ser de største udfordringer i det tværsektorielle samarbejde om sundhed. På baggrund af den dialog er vores højst prioriterede fokusområder:

Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

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

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

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

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

Det er vores mål, at

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

Vores fokusområder

Sammen om borgere med psykisk sygdom

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

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

Borgere med svær psykisk sygdom har en større dødelighed end befolkningen generelt. Det er der mange årsager til, men manglende behandling af somatiske sygdomme spiller en stor rolle. Overdødeligheden er størst for de borgere, som også er særligt udsatte, såsom hjemløse. Deres situation er ofte så kompleks, at der er behov for særligt koordinerede indsatser, hvis et behandlingsforløb skal blive succesfuldt.

I den nuværende sundhedsaftale har vi udarbejdet samarbejdsaftaler, som beskriver opgaver og snitflader mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne. Samarbejdsaftalerne er et vigtigt redskab, som videreføres. Men der er brug for, at vi supplerer samarbejdsaftalerne med flere initiativer, hvor vi inddrager flere aktører i samarbejdet og sætter fokus på inddragelse af civilsamfundet. Vi skal indrette os bedre for at sikre en sammenhængende og rettidig indsats for den enkelte borger.

Det er vores mål, at

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

Sammen om børn og unges sundhed

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

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

Vi ved også, at stadig flere børn og unge mistrives i deres hverdag, og vi ser en stor stigning i børn og unge, som udredes eller behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er en udvikling, vi tager meget alvorligt, og vi vil derfor gå sammen om at finde løsninger, så der kan blive sat tidligt og relevant ind, når børn og unge viser tegn på mistrivsel.

Det er vores mål, at

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

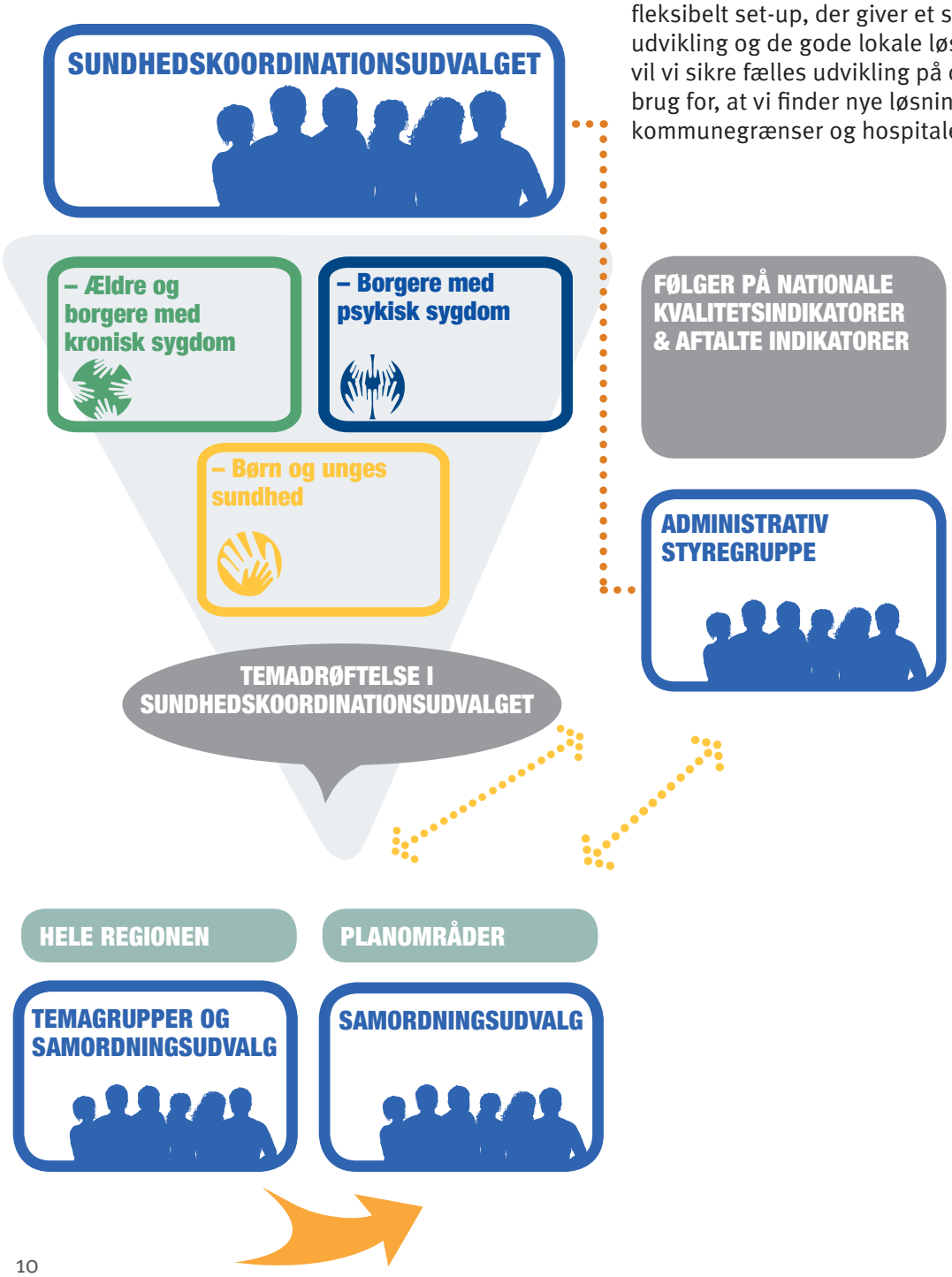
Fra aftale til handling:
Vores fremgangsmåde og organisering

Vi skaber først resultater sammen, når sundhedsaftalen kommer ud og lever i hverdagen hos vores medarbejdere på hospitalerne, i kommunerne og i praksissektoren.

De prioriterede fokusområder skal derfor hurtigt udfoldes og konkretiseres, så vi kan komme i gang med implementeringsarbejdet.

Vi vil arbejde med udfoldelsen af vores fokusområder på en måde, som afspejler vores bærende principper for samarbejdet. Organiseringen skal understøtte helhedstænkning, borgerinddragelse, fælles kvalitetsmål og plads til forskellighed, når vi kommer til valget af metoder.

Vores udgangspunkt er derfor, at vi vil arbejde med et fleksibelt set-up, der giver et stort rum til den lokale udvikling og de gode lokale løsninger. Men samtidig vil vi sikre fælles udvikling på de områder, hvor der er brug for, at vi finder nye løsninger, som går på tværs af kommunegrænser og hospitalernes optageområder.



Fra aftale til handling:
Vores fremgangsmåde og organisering

Sundhedskoordinationsudvalget

Når vi igangsætter arbejdet med fokusområderne og de mål, som vi har aftalt i sundhedsaftalen, sker det gennem temadrøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget.
I de drøftelser sætter vi politiske pejlemærker for den retning, som vi ønsker for arbejdet med de enkelte mål. Det skal være klart for alle, hvad vi ønsker at opnå.

I forbindelse med temadrøftelserne aftaler vi også, hvordan vi følger op på arbejdet med vores mål, og om der er brug for at vi udvikler indikatorer som supplement til de nationale indikatorer, der indgår under de 8 nationale kvalitetsmål. Herudover aftales også, hvorvidt der skal arbejdes videre med det enkelte mål lokalt i samordningsudvalgene, eller om der skal arbejdes videre med målet på regionalt niveau.

Samordningsudvalg

Vores samordningsudvalg er nedsat med udgangspunkt i planområder, det vil sige et hospital og de kommuner, der primært benytter hospitalet/det psykiatriske center. I samordningsudvalgene indgår repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne og almen praksis.

Samordningsudvalgene har et indgående kendskab til både lokale udfordringer og muligheder. Det kendskab vil vi bruge mere aktivt. Vores udgangspunkt er derfor, at en væsentlig del af arbejdet med konkretisering og implementering af sundhedsaftalens målsætninger skal ske gennem samordningsudvalgene, så der udvikles gode lokale løsninger. Samordningsudvalgene kan derudover også varetage opgaver for hele regionen.
Vi vil åbne op for en model, hvor et samordningsudvalg kan byde ind på en opgave med at konkretisere et mål inden for et af vores fokusområder med henblik på efterfølgende implementering i hele regionen.

Samordningsudvalgene får dermed en ny rolle, da de både vil arbejde i et udviklingsspor, som kan være på lokalt eller regionalt niveau, og i et driftsspor. Samtidig sikrer vi, at arbejdet i samordningsudvalgene afspejler vores principper for samarbejdet. Det betyder blandt andet, at vi understøtter brugerinddragelsen i samordningsudvalgenes arbejde.

Vi er åbne for, at samordningsstrukturen kan ændres i løbet af aftaleperioden, hvis vi vurderer, at en anden organisering i højere grad vil understøtte arbejdet med vores mål.

Temagrupper

Vi ved, at der kan være brug for at vi udfolder nogle af vores mål, inden samordningsudvalgene kan tage over. Det kan fx være tilfældet for dele af børneområdet, som kun er delvist integreret i samordningsstrukturen.

Tilsvarende er vi også opmærksomme på, at der gennem samordningsudvalgenes arbejde med sundhedsaftalens mål kan vise sig udfordringer, som kalder på løsninger på tværs af planområderne i regionen. Det kan fx handle om behov for revision i vores eksisterende kommunikationsaftaler eller om behov for nye regionsdækkende samarbejdsaftaler fx med de praktiserende læger.

I sådanne tilfælde kan vi vælge at lægge opgaven ud til et samordningsudvalg eller nedsætte en temagruppe. Temagrupperne sammensætter vi med repræsentanter fra de parter, der har særlig viden eller interesse på området. På den måde kan vi få belyst udfordringerne og finde frem til de gode løsninger. I nogle tilfælde vil et enkelt møde være tilstrækkeligt, mens der i andre tilfælde kan være brug for flere drøftelser.

Uanset hvilken model vi benytter, inviteres borgere altid med.

Administrativ styregruppe

Vores nuværende samarbejdsstruktur er administrativt bygget op omkring en administrativ styregruppe, som er sammensat af repræsentanter fra kommunerne, almen praksis og regionen. Styregruppen har det overordnede administrative ansvar for arbejdet med sundhedsaftalen – herunder de praktiske opgaver med at sikre overblik over arbejdet med sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Herudover varetager styregruppen koordinering af de opgaver, som vi i øvrigt arbejder sammen om på sundhedsområdet.

Vi vil fortsat have en administrativ styregruppe, men vi retænker – med afsæt i vores principper og fokusområder – styregruppens sammensætning og arbejdsform. Det betyder blandt andet, at vi vil have brugerrepræsentanter med i styregruppen og at vi skal finde en model, som sikrer bedre sammenhæng til børneområdet.

Opfølgning

Vi følger op på arbejdet med Sundhedsaftalen med afsæt i de indikatorer, som vi aftaler, når vi igangsætter arbejdet med de enkelte fokusområder og mål.

Vi anvender i videst muligt omfang eksisterende og landsdækkende datakilder – det vil sige data fra de 8 nationale mål om sundhed samt data fra fx Sundhedsprofilen og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). På den måde kan vi følge udviklingen over tid, og vi får mulighed for at sammenholde vores resultater med de resultater, der opnås i de andre regioner.

Et helt centralt mål for vores opfølgning er også at sikre konkret læring og spredning af viden. Vi vil derfor supplere med andre former for opfølgning, hvor vi sætter fokus på at dele de gode lokale erfaringer fra samarbejdet. Det kan blandet andet ske gennem temamøder, hvor der inviteres bredt ind til dialog og erfaringsudveksling om arbejdet med et eller flere af sundhedsaftalens fokusområder og mål.

Derudover laver vi en samlet midtvejsstatus for arbejdet med alle vores fokusområder og mål. Og i forbindelse hermed drøfter vi også på behovet for justeringer i vores aftale.

Ved udgangen af aftaleperioden følger vi op på vores erfaringer og resultater i en slutstatus.

Bilagsoversigt

Der er i forbindelse med de tidligere sundhedsaftaler udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, forløbsprogrammer og konkrete aftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne. Disse eksisterende vejledninger, aftaler mm. videreføres til denne sundhedsaftale, indtil der evt. træffes andre beslutninger herom.

Bilagene kan hentes på
www.regionh.dk/sundhedsaftale

Sundhedsaftale 2019-2023 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis

PLO-HOVEDSTADEN

Region Hovedstaden

Rammeaftale om licensklinikker i Region Hovedstaden

Regioner kan jf. § 25 i Overenskomst om almen praksis (2018) tildele et ydernummer (kapacitet) personligt til en læge. Muligheden betegnes ydernummer på licens. Ydernummer på licens kan benyttes, når regionen stiller en lægeklinik til rådighed for lægen. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler regionen et nærmere aftalt omkostnings- og administrationsbidrag efter de konkrete omstændigheder.

Region Hovedstaden ønsker at benytte muligheden for at etablere licensklinikker for at tiltrække praktiserende læger til områder, hvor der er udfordringer med at rekruttere læger.

Formål

Denne aftale har til formål at fastlægge de overordnede rammer indenfor hvilke, regionen kan forhandle med konkrete speciallæger i almen medicin om nedsættelse i licensklinik. Aftalen indeholder elementer, som gælder for alle licensklinikker og elementer, der kan tilvælges individuelt af lægen efter nærmere aftale med regionen.

Der vil på baggrund af denne rammeaftale mellem Region Hovedstaden og PLO-H samt de konkrete muligheder for lokale og ønsker fra den gældende læge blive indgået en individuel aftale mellem den enkelte læge og Region Hovedstaden.

Princip for licensklinikker

Med licensklinikker stilles en almen praksis til rådighed for læger, som ikke er afklaret omkring, hvorvidt de ønsker at nedsætte sig i egen praksis. Lægen får herved mulighed for at få erfaringer med at drive praksis efter overenskomstens regler og honorering uden at påtage sig de øvrige forpligtigelser, der er forbundet med at nedsætte sig i egen praksis.

Lægen betaler månedligt et omkostnings- og administrationsbidrag, som dækker regionens udgifter til drift af praksis.

Aftalen giver mulighed for, at lægen overtager praksis på vanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdifastsættelse, overtagelse m.v. og driver den videre som en almen praksis på almindelige overenskomstmæssige vilkår jf. overenskomstens § 25, stk. 3 (2018).

Gældende for alle licensklinikker

1. Tildeling af kapacitet på licens

Kapaciteterne opslås på almindelige vilkår på Region Hovedstadens hjemmeside samt på Sundhed.dk. Kapaciteten tildeles en læge personligt på licens uden mulighed for videresalg jf. Overenskomst om almen praksis § 25 (2018).

Kapaciteterne er geografisk bundet til de af regionen valgte lokaler.

2. Placering af licensklinik

Licensklinikkerne placeres i områder, hvor en stor andel af læger har lukket for tilgang og hvor det er vanskeligt at rekruttere nye praktiserende læger, det vil sige i lægedækningstruede områder (LTO2) eller i områder, hvor der opnås enighed mellem PLO-Hovedstaden og regionen om at placere en licensklinik.

3. Lokaler

Regionen stiller praksislokaler til rådighed for lægen. Udgifter til lokaler inkl. forbrug (vand, varme, strøm, renovation, rengøring mv.) dækkes over omkostningsbidraget og afhænger af lokalernes stand og geografiske placering.

Regionen drager omsorg for den løbende vedligeholdelse af lokalerne, så de til enhver tid fremstår i pæn stand.

For lokalerne gælder, at det på sigt skal være muligt at overdrage lejekontrakten/sælge lokalerne til lægen med henblik på overdragelse af praksis fra licensklinik til almen praksis efter vanlige overenskomstvilkår – og ejervilkår.

4. Kapaciteter

Regionen har et ønske om etablering af flere flerlægepraksis. Derfor udbydes licensklinikker som udgangspunkt med minimum to kapaciteter på samme geografiske lokation. Det forventes, at praksisformen er samarbejdspraksis (jf. note til § 16, stk. 1), med mindre andet ønskes af lægerne.

5. Aftalens løbetid

Aftalens løbetid er fem år. Ved aftalens udløb har lægen mulighed for at overtage praksis med kapacitet og patienter på vanlige overenskomstvilkår. Overtagelse sker i henhold til den individuelle aftale.

Ønsker lægen ikke at overtage praksis med kapaciteten på vanlige ejervilkår, har regionen ret til at udbyde licensklinikken inkl. kapaciteter, patienter, lokaler, udstyr og evt. ansættelser til andre læger på almindelige vilkår eller genforhandle aftalen med lægen. I begge tilfælde opkræves der ikke for goodwill.

6. Opsigelse af aftalen

Lægen kan meddele ophør i praksis med et varsel på 6 måneder. Regionen kan ligeledes opsige aftalen med seks måneders varsel. I begge tilfælde tilfalder kapaciteten regionen. Såfremt licensklinikken er oprettet som samarbejdspraksis og kun den ene læge ønsker at ophøre, er den tilbageværende læge i licensklinikken alene forpligtet til at passe egne patienter.

Regionen har efter modtagelse af opsigelsen ret til at annoncere eller udbyde kapaciteten i opsigelsesperioden. Såfremt regionen ønsker at udbyde licensklinikken på ny til en anden læge, opkræves der ikke goodwill.

Såfremt lægen ønsker at overtage klinikken før aftalens udløb, kan lægen til enhver tid – med tre måneders varsel til den 1. i måneden – overgå til at fungere efter almindelige overenskomstvilkår efter aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse m.v. Værdifastsættelse ved overdragelse af praksis vedrører alene udstyr, herunder IT og telefoni samt lokaler og ikke goodwill i licensklinikken. Efter overtagelse på vanlige ejervilkår, kan lægen sælge praksis videre og søge om praksisflytning på lige fod med andre praksis jf. overenskomsten.

Hvis ikke andet aftales, og lægen ikke ønsker at overtage praksis på vanlige ejervilkår, udløber aftalen efter 5 år. Herefter råder Region Hovedstaden over licensklinikken inkl. kapaciteter, patienter, lokaler, udstyr og ansat praksispersonale. Såfremt regionen ønsker at udbyde licensklinikken på ny til en anden læge, opkræves der ikke goodwill.

7. Overenskomst
Lægen driver praksis efter den til en hver tid gældende overenskomst om almen praksis mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO), jf. § 25
Ydernumre på licens:

§ 25 YDERNUMRE PÅ LICENS

Stk. 1
Et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videresalg. Muligheden betegnes "ydernummer på licens". Regionen kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag efter de konkrete omstændigheder.

Stk. 2
Lægen kan meddele ophør i praksis med et varsel på 6 måneder, hvorefter ydernummeret tilfalder regionen.

Stk. 3
Lægen kan overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse m.v.

Kilde: Overenskomst om almen praksis, 2018

Mulige tilvalg i licensklinik

8. Inventar inkl. klinisk udstyr, læge- og telefonsystemer
Inventar, udstyr og systemer kan enten stilles til rådighed af regionen eller indkøbes af lægen.

8.a Når inventar inkl. klinisk udstyr og it-systemer stilles til rådighed af regionen
Stiller regionen inventar, udstyr og systemer til rådighed, sker det efter en standardliste. Såfremt der ønskes yderligere, skal lægen selv indkøbe dette.

Lægen betaler løbende leje for inventar, udstyr og systemer via det månedlige omkostningsbidrag. Lejen fastsættes, så den svarer til en femårig afskrivning af udstyrets aktuelle værdi ved overtagelse.

Såfremt der er behov for generhvervelse af udstyr uden for garantiperioden (fx ved ødelagt udstyr), erhverves udstyret af regionen. Lægen betaler leje af nyt udstyr svarende til udstyrets værdi ved overtagelse med en femårige afskrivning.

For telefon- og lægesystemer gælder det, at regionen ud over udgiften til hardware og opsætningen af systemerne afholder de løbende abonnementer. Lægen dækker disse udgifter via omkostningsbidraget.

Er lægen i licensklinikken gennem hele aftalens løbetid, overgår ejerskab af inventar, udstyr og systemer til lægen, hvis afskrivningsperioden er afsluttet, når aftalen om licensklinikken ophører. Såfremt der i licensklinikker er inventar eller udstyr, som er generhvervet i løbet af aftalen og afskrivningsperioden således ikke er afsluttet, kan lægen erhverve udstyr og inventar til den nedskrevne værdi, svarende til inventar og udstyrets værdi ved indgåelses af aftalen fratrukket den i licensperioden betalte leje.

Ønsker lægen at opsige aftalen inden for aftalens løbetid, ophører retten til at overtage udstyr og inventar. Herefter kan regionen udleje, sælge eller genanvende udstyret.

Såfremt lægen ønsker at overtage klinikken før aftalen udløber, kan lægen købe inventar og udstyr til den nedskrevne værdi, svarende til inventar og udstyrets værdi ved indgåelses af aftalen fratrukket den i licensperioden betalte leje.

9. Praksispersonale
Praksispersonale kan ansættes af regionen efter de af regionen anvendte overenskomster eller af lægen på overenskomst for konsultationssygeplejersker og praksisbioanalytikere/overenskomst for lægesekretærer i almen praksis.

9.a Praksispersonale ansat af regionen
Når regionen stiller personale til rådighed, er det regionen som ansætter og aflønner praksispersonalet. Regionen har dermed ansvar for personale og de administrative opgaver, der er tilknyttet hertil i form af varetagelse af ansættelser, afskedigelser, lønudbetaling mv. Lægen dækker alle udgifter til praksispersonale via omkostningsbidraget. I processer vedrørende praksispersonale inddrages Center for HR i alle forhold.

Lægen kan ikke på egen hånd ansætte eller afskedige praksispersonale, hvor det er regionen, der har personaleansvaret.

Personalesammensætningen og -normeringen for licensklinikken aftales mellem lægen og regionen ved aftaleperiodens start. Såfremt der ønskes en justering af normeringen, kan dette forhandles årligt ved den regnskabsmæssige opgørelse jf. afsnittet om omkostningsbidrag.

Ændringer i ansættelsesretlige vilkår skal ske i henhold til de almindelige varslingsregler i overenskomsten på det gældende ansættelsesområde i regionen.

Ved regional ansættelse af praksispersonale deltager lægen i ansættelsesudvalget, og ansættelse kan alene finde sted ved enighed mellem læge og region.

Opsigelse af regionsansat praksispersonale kan ligeledes alene finde sted efter fælles aftale mellem lægen og region. Regionen vurderer grundlaget for en afskedigelse i henhold til lovgivning og den overenskomst, som er gældende for ansættelsesområdet.

Lægen har instruktionsbeføjelsen og det daglige ledelsesansvar for praksispersonalet, og personalet arbejder under lægens ansvar. Lægen skal afholde medarbejderudviklingssamtaler (MUS) minimum én gang årligt og sikre relevant efteruddannelse.

Regionen afholder eventuelle personalerelaterede udgifter, fx udgifter til personalets deltagelse i relevante kurser og efteruddannelse, som er aftalt i den gældende overenskomst. Disse udgifter dækkes via omkostningsbidraget.

Ved praksispersonalets sygdom håndterer lægen selv dækning ved almindelig sygdom. Ved langtidssygemeldinger og barsel er regionen forpligtet til at stille vikar til rådighed.

Lægen antager selv lægevikarer i fornødent omfang. Udgifterne til aflønning af lægevikarer afholdes af lægen selv.

Ved regional ansættelse af praksispersonale, udarbejdes lønforslag af Center for HR efter dialog med lægen. Den endelige løn fastsættes efter forhandling mellem den faglige organisation og Center for HR.

Regionsansat praksispersonale er omfattet af regionens personalepolitikker mv., hvorfor lægen har ret til råd og vejledning af Center for HR.

Ønsker lægen at opsige licensaftalen inden for aftalens løbetid, har lægen et opsigelsesvarsel på seks måneder. Regionen har i den forbindelse ansvaret for at afskedige regionsansat personale i henhold til de almindelige varslingsregler i overenskomsten på det gældende ansættelsesområde i regionen. Det samme er gældende, hvis aftalen udløber uden lægen, ønsker at overtage klinikken.

Såfremt lægen ønsker at overtage licensklinikken inden aftalens udløb eller ved aftalens udløb, skal lægen tre måneder til den 1. i måneden melde dette til regionen. I disse tilfælde virksomhedsoverdrages personalet.

Omkostnings- og administrationsbidrag

10. Omkostningsbidrag

Lægen betaler et månedligt omkostningsbidrag til regionen. Omkostningsbidraget dækker de udgifter, regionen har til drift af licensklinikken. Omkostningsbidraget betales som et a conto-beløb, som regionen tilbageholder ved den månedlige honorarudbetaling.

Følgende poster afholdes og betales direkte af lægen selv:

- Befordringsudgifter
- Udgifter til eventuel lægevikar
- Udgifter til revisorbistand
- Øvrige personaleudgifter (ud over lønninger og kurser)
- Annoncer, papir, tryksager, blade, blomster, porto, girogebyrer o. lign.

- Udgifter til personlige faglige kontingenter
- Lægens efteruddannelsesaktiviteter

Lægen står selv for det administrative arbejde i forhold til ovenstående udgiftsposter.

Lægen fremsender løbende fakturaer, der vedrører driften af licensklinikken til regionen. Det er som udgangspunkt lægens afgørelse, om der er behov for at afholde en praksisrelevant udgift. Såfremt der er tale om udgifter, som ikke vedrører almindelig drift, forudsættes forinden en dialog med regionen herom. Regionen betaler løbende godkendte fremsendte fakturaer i henhold til almindelige betalingsregler og administrative forskrifter.

Omkostningsbidragets størrelse aftales mellem regionen og lægen ved indgåelse af aftalen og afhænger af den individuelle aftale mellem lægen og regionen.

Som udgangspunkt for aftalens økonomi udarbejder Region Hovedstaden et budget for det første års drift. Budgettet er retningsgivende for de omkostninger aftalen indeholder og danner grundlag for det af Region Hovedstaden fastsatte månedlige beløb, der faktureres a conto via modregning i lægens månedlige honorarudbetaling. Det fastsatte månedlige beløb, som tilbageholdes, svarer til en tolvtedel af de budgetterede udgifter til første års drift.

De faste udgiftsposter i budgettet pris- og lønreguleres en gang årligt. Derudover skal de faste udgiftsposter reguleres i budgettet for faktiske ændringer i udgiftsposterne, der måtte ligge herudover.

Der foretages én gang årligt en regnskabsmæssig opgørelse af licensklinikkens samlede udgifter. Overstiger de samlede årlige udgifter det samlede omkostningsbidrag lægen har betalt a conto, er lægen forpligtet til at dække de ekstra omkostninger til regionen. Dette kan enten ske via en engangsbetaling eller afbetales løbende frem mod næste årsopgørelse af samlede udgifter. Overstiger det årlige omkostningsbidrag, som lægen har betalt a conto, de samlede udgifter, er regionen forpligtet til at tilbagebetale det overskydende beløb. Beløbet udbetales som en engangsbetaling.

Budgettet, herunder omkostningsbidraget tilpasses én gang årligt ved regnskabsårets udløb.

Der kan afholdes regnskabsmøder efter behov med den regionale administration. Begge parter kan anmode om et møde.

I tilfælde hvor der oprettes en licensklinik uden tilknyttede patienter eller antallet af patienter ved overtagelse er under 1.600 pr. kapacitet, betaler lægen en forholdsmæssig andel af omkostningsbidraget (antal patienter/1.600) indtil antallet af patienter når op på 1.600, dog kun i det første år.

I tabel 1 er der opstillet et eksempel på beregning af det procentvise omkostningsbidrag for en licensklinik, der oprettes uden patienter. Beregningen tager udgangspunkt i første års estimeret budget divideret med 1.600 patienter og ganget op med antallet af patienter i klinikken pr. måned, indtil der nås et patientantal på 1.600 pr. kapacitet.

I eksemplet er der forudsat 400 patienter i 1. måned, 600 patienter i 2. måned, 800 patienter i 3. måned osv. I eksemplet når licensklinikken 1.600 patienter. i 7. måned, hvorefter det månedlige omkostningsbidrag udgør en tolvtedel af de budgetterede udgifter til årsdriften.

Det fremgår af tabel 1, at når patientantallet overstiger 1.599 pr. kapacitet, svarer omkostningsbidraget til de estimeret omkostninger.

Tabel 1: Eksempel på omkostningsandel ved opstart af licensklinik uden patienter

Måned	Antal patienter	Omkostningsandel
1	400	25%
2	600	38%
3	800	50%
4	1.000	63%
5	1.200	75%
6	1.400	88%
7	1.600	100%
8	1.800	100%
9	1.850	100%
10	1.900	100%
11	1.950	100%
12	2.000	100%

Administrationsbidrag

Lægen betaler et administrationsbidrag til regionen. Administrationsbidraget dækker de administrative ressourcer, som regionen bruger i forbindelse med drift af licensklinikken. Administrationsbidraget modregnes ved udbetaling af den månedlige honorarudbetaling.

Størrelsen af bidraget afhænger af lægens tilvalg i henhold til rammeaftalen. Administrationsbidraget størrelse vil fremgå af den konkrete licensaftale mellem regionen og lægen, og fastlægges for hele aftaleperioden.

Der foretages én gang årligt i forbindelse med den regnskabsmæssige opgørelse en vurdering af, om det a conto-betalte administrationsbidrag svarer til den konkrete praksis' forbrug. I tilfælde af, at det konkrete forbrug er lavere end det a conto-betalte administrationsbidrag, er regionen forpligtet til at tilbagebetale det overskydende beløb til lægen.

11. Uforudsete udfordringer med drift af licensklinik

Lægen og regionen har til enhver tid ret til at bede om møde med den modsatte part med henblik på at drøfte uforudsete driftsudfordringer i klinikken, fx i forhold til patienttal, personale m.v.

København den

_____

PLO-Hovedstaden

Hillerød den

_____

Region Hovedstaden

Region Hovedstaden

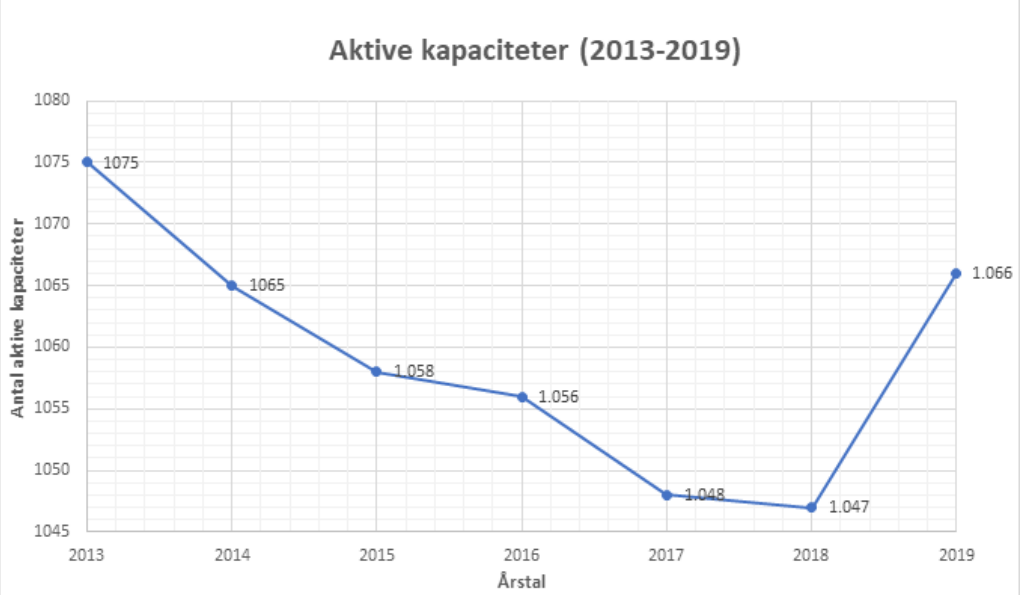
Center for Sundhed

Direkte 38665222

BILAG 1

Dato: 7. maj 2019

Udvikling i antal aktiverede kapaciteter 2013-2019



Kilde: Notus Regional

ÅBNE LUKKESTATUS PR. 15. MAJ 2019

Planområde/ Planlægningsområde	LUKKET	ÅBEN	I ALT	Andel LUKKET pr. 15. maj 2019	Antal kapaciteter	Antal sikrede pr. kapacitet
Bornholm						
Bornholms Region	9	3	12	75%	28	1.412
Bornholm Total	**9**	**3**	**12**	**75%**	**28**	**1.412**
Byen						
Bispebjerg	11	2	13	85%	18	1.758
Brønshøj-Husum	11	2	13	85%	21	1.580
Frederiksberg	44	2	46	96%	61	1.829
Indre By	19	1	20	95%	42	1.946
Nørrebro	26	2	28	93%	42	1.956
Vanløse	13	2	15	87%	25	1.737
Østerbro	33	3	36	92%	54	1.795
Byen Total	**157**	**14**	**171**	**92%**	**263**	**1.827**
Midt						
Ballerup	15	5	20	75%	36	1.616
Egedal	5	1	6	83%	22	1.781
Furesø	13	2	15	87%	23	1.689
Gentofte	21	10	31	68%	45	1.786
Gladsaxe	23	3	26	88%	38	1.753
Herlev	8	1	9	89%	16	1.733
Lyngby-Taarbæk	9	13	22	41%	38	1.799
Rudersdal	11	14	25	44%	34	1.687
Rødovre	9	1	10	90%	24	1.904
Midt Total	**114**	**50**	**164**	**70%**	**276**	**1.748**
Nord						
Allerød	6	3	9	67%	17	1.635
Fredensborg	7	7	14	50%	21	1.623
Frederikssund	4	7	11	36%	29	1.604
Gribskov	4	5	9	44%	26	1.554
Halsnæs	0	7	7	0%	18	1.583
Helsingør	10	12	22	45%	40	1.636
Hillerød	11	4	15	73%	32	1.535
Hørsholm	5	4	9	56%	19	1.573
Nord Total	**47**	**49**	**96**	**49%**	**202**	**1.593**
Syd						
Albertslund	8	5	13	62%	19	1.702
Amager	37	4	41	90%	67	1.770
Brøndby	12	3	15	80%	21	1.641
Dragør	4	1	5	80%	6	1.740
Glostrup	5	1	6	83%	11	1.781
Hvidovre	17	2	19	89%	28	1.737
Høje-Taastrup	12	8	20	60%	32	1.683
Ishøj	2	4	6	33%	11	1.666
Tårnby	13	1	14	93%	25	1.836
Valby	15	1	16	94%	28	1.786
Vallensbæk	5	1	6	83%	10	1.686
Vesterbro	17	3	20	85%	39	1.843
Syd Total	**147**	**34**	**181**	**81%**	**297**	**1.754**
Hovedtotal	**474**	**150**	**624**	**76%**	**1.066**	

Note: Ekskl. Christiansø

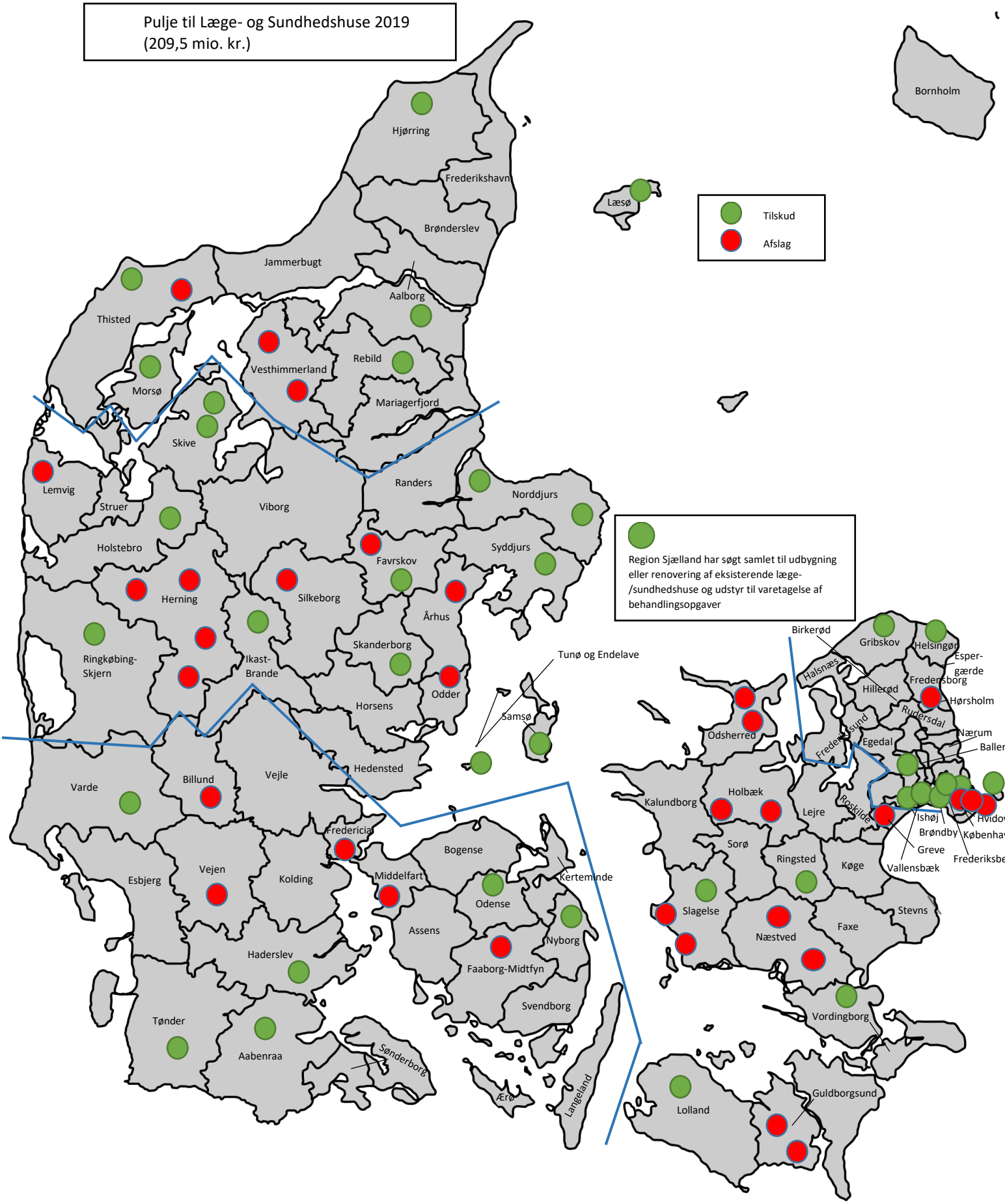
Punkt nr. 7 - Orientering: Støtte til ansøgninger om større lægehuse
Bilag 1 - Side -1 af 3

Tilskudsmodtager	Projektnavn	Ansøgt beløb	Tilskud
Thisted kommune	Sundhedshus i Hanstholm	11.720.000,00 kr.	11.720.000,00 kr.
Region Nordjylland vedr. Morsø	Renovering Morsø Sundhedshus	500.000,00 kr.	500.000,00 kr.
Hjørring Kommune	Hirtshals Lægehus	14.440.000,00 kr.	9.500.000,00
Aalborg kommune	Løvvangen – Læge- Sundheds- og Kvarterhus	25.420.050,00 kr.	8.212.500,00
Rebild kommune	Sundhedshus i Støvring	48.800.000,00 kr.	9.760.000,00
Læsø kommune og Region Nordjylland	Udbygning af lægehuset på Læsø	1.642.000,00 kr.	1.642.000,00 kr.
Region Midtjylland vedr. Center for Sundhed Holstebro	Udstyr til Center for Sundhed Holstebro	6.550.000,00 kr.	3.600.000,00
Region Midtjylland vedr. Grenaa Sundhedshus (Norddjurs Kommune)	Ansøgning om midler til etablering af lægeprkasis i Grenaa Sundhedshus	14.000.000,00 kr.	9.300.000,00
Region Midtjylland vedr. Vivild Lægehus (Norddjurs Kommune)	Ansøgning om midler til opkøb og udbygning af Vivild Lægehus	3.100.000,00 kr.	1.400.000,00
Region Midtjylland vedr. Samsø	Videreudvikling af Samsøs samlede sundhedstilbud Samsø Sundheds- og Akuthus	2.836.000,00 kr.	2.300.000,00
Region Midtjylland vedr. Skive Sundhedshus	Udstyr til Skive Sundhedshus	4.375.000,00 kr.	1.055.000,00
Skive kommune	Udstyr til 2 lægeklinikker i Skive Kommune	106.287,00 kr.	106.287,00 kr.
Region Midtjylland vedr. Skanderborg Sundhedshus	Ansøgning om midler til etablering af lokaler til kompagniskabspraksis i Skanderborg sundhedshus	3.100.000,00 kr.	3.100.000,00
Ringkøbing-Skjern Kommune	Vorgod-Barde Lægehus	6.394.000,00 kr.	6.394.000,00 kr.
Syddjurs kommune	Ebeltoft Lægehus - fase 2	3.783.000,00 kr.	900.000,00
Ikast-Brande Kommune	Etablering af lægehus i sammenhæng med nuværende sundhedscenter - Ikast	6.600.000,00 kr.	6.600.000,00 kr.

Tilskudsmodtager	Projektnavn	Ansøgt beløb	Tilskud
Farvrskov kommune	Favrskov Sundhedscenter version 2.0 Hammel	3.227.217,00 kr.	3.227.217,00 kr.
Region Midtjylland vedr. Tunø og Endelave	Ansøgning om midler til etablering af digitale lægetilbud på Tunø og Endelave	190.000,00 kr.	190.000,00
Tønder kommune	Fremtidssikring af Sundhedshus Toftlund	2.390.000,00 kr.	2.390.000,00 kr.
Haderslev kommune og Region Syddanmark	Etape 2 - Et styrket Sundhedscenter i Haderslev med en stærk lægeprofil og et bredt fællesskab på tværs af psykiatri og somatik skaber synergier på tværs af sundhedstilbud	28.166.834,00 kr.	7.280.000,00 kr.
Aabenraa Kommune	Det fulde potentiale af det fysiske og digitale sundhedshus i Aabenraa by	14.079.000,00 kr.	3.285.000,00
Varde kommune	Sundhedshuset i Varde Kommune	40.000.000,00 kr.	11.269.712,50
Odense kommune og Region Syddanmark	Vollsmose Lægeklinik	3.641.900,00 kr.	3.641.900,00 kr.
Nyborg kommune	Etablering af et moderne sundhedshus i et nært og levende sundhedsvæsen	56.361.694,00 kr.	16.695.242,00
Ringsted kommune	Ringsted sundhedshus – én indgang til det nære sundhedsvæsen	23.500.000,00 kr.	17.000.000,00
Lolland kommune	Rammen om sundhed: Et løft af sundhedsydelser blandt brugere af Maribo Sundhedscenter	42.201.136,00 kr.	8.761.009,00 kr.
Region Sjælland	Digitale veje til styrket specialistrådgivning til kommunale akutfunktioner og til almen praksis	15.000.000,00 kr.	5.000.000,00
Slagelse kommune vedr. Læge- og sundhedshus i Slagelse	Læge og sundhedshus i Slagelse	14.060.000,00 kr.	10.900.000,00
Vordingborg Kommune	Fremtidssikring af det nære sundhedsvæsen i Vordingborg Kommune - med lægedækning som omdrejningspunkt	29.950.000,00 kr.	7.900.000,00
Ishøj kommune	Nyt Sundhedshus på Vejlebrovej 45 i Ishøj	19.263.345,00 kr.	10.763.000,00

Punkt nr. 7 - Orientering: Støtte til ansøgninger om større lægehuse
Bilag 1 - Side -3 af 3

Tilskudsmodtager	Projektnavn	Ansøgt beløb	Tilskud
Københavns kommune	Forbedring af lægedækning en i Københavns Kommune ved etablering af tre større lægehuse på tværs af byen	6.715.000,00 kr.	6.715.000,00 kr.
Region Hovedstaden vedr. Amager Hospital	Etablering af læge hus på Amager Hospital	3.815.594,00 kr.	3.815.594,00 kr.
Vallensbæk kommune	Udvidelse af Sundhedshuset Nordmarken i Vallensbæk Kommune	2.080.000,00 kr.	2.080.000,00 kr.
Social og Sundhedsforvaltningen Brøndby Kommune	Kommunalt køb og opgradering af læge- tandlægehus, Turpinsvej 2 i Brøndby, i samarbejde med fem læger og to tandlæger	5.328.000,00 kr.	2.828.000,00
Region Hovedstaden vedr. Frederiksberg hospital	Etablering af Frederiksberg Lægehus og Sygeplejeklinikker på Frederiksberg Hospital	7.610.200,00 kr.	7.610.200,00 kr.
Gribskov kommune	Udvidelse af undersøgelses- og behandlingsmulighede r tæt på borgerne	500.000,00 kr.	500.000,00
Ballerup kommune	Optimering af lokaler til ny lægeklinik	711.000,00 kr.	711.000,00 kr.
Helsingør kommune	Fælles laboratorium for praktiserende læger og en telemedicinsk platform i nyt sundhedshus i Helsingør Kommune	1.424.213,00 kr.	672.103,00


Pulje til Læge- og Sundhedshuse 2019
(209,5 mio. kr.)
Tilskud
Afslag
Region Sjælland har søgt samlet til udbygning eller renovering af eksisterende læge-/sundhedshuse og udstyr til varetagelse af behandlingsopgaver
Bornholm
Hjørring
Frederikshavn
Læsø
Brønderslev
Jammerbugt
Aalborg
Thisted
Rebild
Vesthimmerland
Morsø
Mariagerfjord
Skive
Lemvig
Struer
Viborg
Randers
Norddjurs
Holstebro
Favrskov
Syddjurs
Herning
Silkeborg
Århus
Ringkøbing-Skjern
Ikast-Brande
Skanderborg
Odder
Horsens
Tunø og Endelave
Samsø
Hedensted
Varde
Billund
Vejle
Fredericia
Bogense
Middelfart
Kerteminde
Esbjerg
Vejen
Kolding
Odense
Assens
Nyborg
Haderslev
Faaborg-Midtfyn
Svendborg
Tønder
Aabenraa
Sønderborg
Ærø
Langeland
Lolland
Guldborgsund
Vordingborg
Stevns
Faxe
Næstved
Slagelse
Sorø
Ringsted
Køge
Kalundborg
Holbæk
Lejre
Roskilde
Odsherred
Birkerød
Halsnæs
Gribskov
Helsingør
Esper-gærde
Fredensborg
Hillerød
Hørsholm
Rudersdal
Egedal
Nærum
Ballerup
Ishøj
Brøndby
Greve
Vallensbæk
Hvidovre
København
Frederiksberg

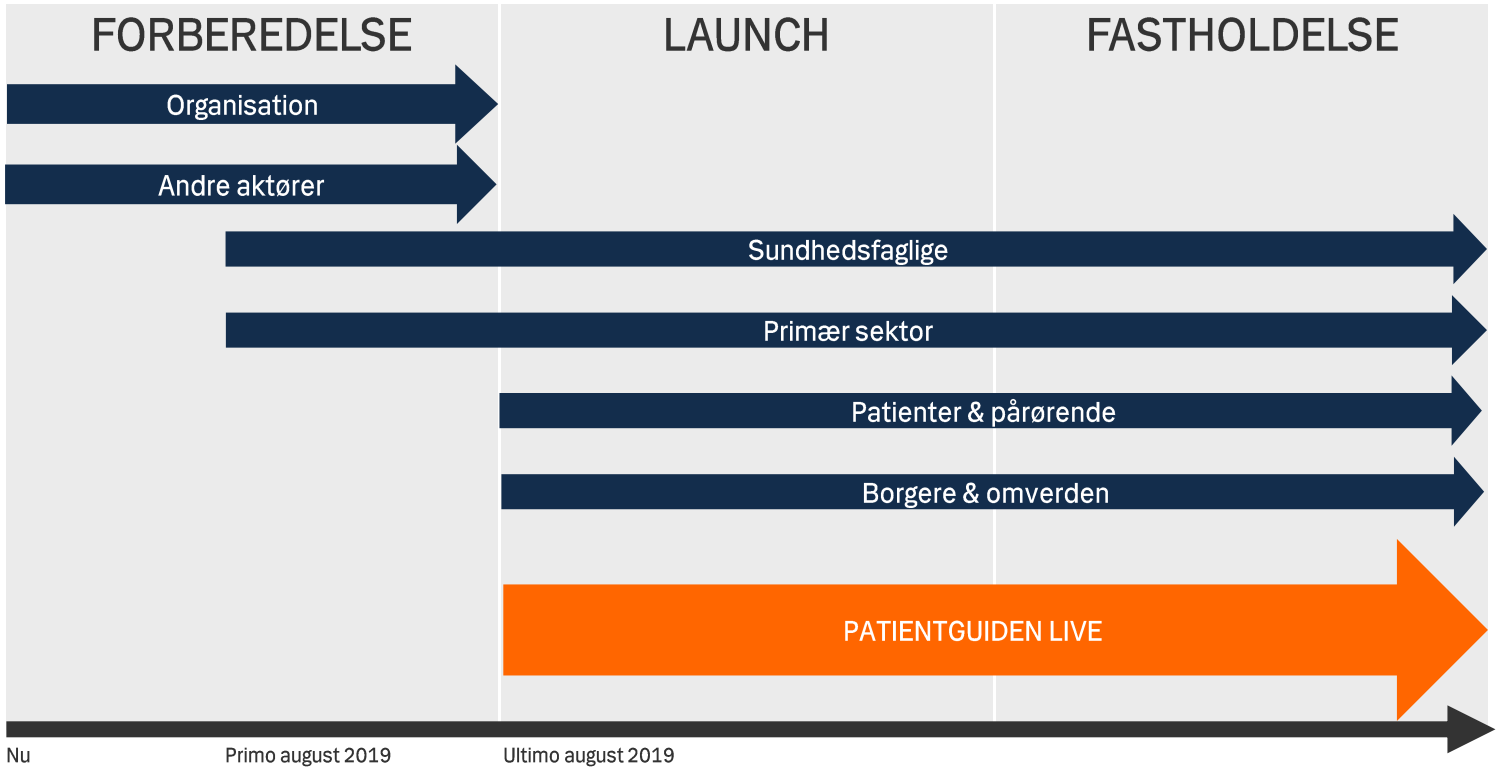
Region Hovedstaden
Center for Kommunikation

Formål med markedsføring

At fortælle **patienter og deres pårørende**, der er i et aktivt forløb, at der er hjælp og vejledning at hente.	ADFÆRDS-ÆNDRING
At sikre, at **de sundhedsfaglige på hospitaler og i primær sektor** henviser patienter til patientguiden for hjælp og vejledning. At klinikerne orienterer sig i klinikerguiden, der samler patientguidens værktøjer.	
At sikre god videndeling og orientering i **organisationen**, så patientguiden forankres – og dermed skabes der også grobund for videreudvikling.	KENDSKAB
At **borgere og omverden** får kendskab til patientguiden.	

Region Hovedstaden
Center for Kommunikation

Faser



Punkt nr. 3 - Meddelelse: Udvalgets arbejdsplan 2019
Bilag 1 - Side -1 af 1

Arbejdsplan 2019 for udvalget for forebyggelse og sammenhæng

Foreløbig arbejdsplan:

Dato for udvalgsmøde	Mødesager
22.05.2019	Oplæg om ulighed i sundhed Input til budget 2020 – beslutte endelig prioritering af udvalgets forslag Aftale med PLO-H om licensklinikker Status for implementering af praksisplaner på praksisområdet Orientering om status for lægedækningen i Region Hovedstaden Orientering om støtte til ansøgninger om større lægehuse Ansøgning om dispensation for fuld tilgængelighed for mennesker med funktionsnedsættelser
26.06.2019	Konkrete initiativer i forebyggelsesplanen Udvalgets studietur - beslutte tema, destination og dato
28.08.2019	Oplæg om ulighed i sundhed – socialt udsatte Sundhedsaftalen 2019-2023 Driftsmål om andel af elektroniske epikriser (udskrivningsbreve afsendt inden for en hverdag) og akutte genindlæggelser (somatik) – status Genindlæggelser - hvordan arbejder regionen med at forebygge genindlæggelser? Krav til overenskomstforhandlinger for fodterapi Krav til overenskomstforhandlinger for kiropraktik Orientering om status for lægedækningen
02.10.2019	Aktiv patientstøtte - resultaterne af forskningsprojekt og fremtiden for projektet Genindlæggelser – samarbejde med kommuner og almen praksis
30.10.2019	
27.11.2019	Opdaterede resultater af langsigtet prognose for behov for praktiserende læger Årlig lægedækningsundersøgelse - afrapportering Evaluering af pilotprojekt for telemedicinsk sårvurdering i fodterapipraksis