

K O N K L U S I O N E R

SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET

Mandag den 21. februar 2011

Kl. 8.30

Regionsgården i Hillerød, mødelokale H23

Møde nr. 1

Medlemmer:

Charlotte Fischer, Region Hovedstaden - *afbud*
Jannie Hjerpe, Region Hovedstaden - *afbud*
Karsten Skawbo-Jensen, Region Hovedstaden - *afbud*
Nina Berrig, Region Hovedstaden
Per Seerup Knudsen, Region Hovedstaden - *afbud*
Thomas Lykke Pedersen, Fredensborg Kommune
Birgit Roswall, Gribskov Kommune
Ib Terp, Brøndby Kommune
Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune
Ninna Thomsen, Københavns Kommune
Praksisudvalgets formand Birgitte Alling Møller
Praksisudvalgets næstformand Claus Perrild

Indholdsfortegnelse

	Side:
1. Godkendelse af dagsorden	3
2. Præsentation og drøftelse af Sundhedsprofil 2010	4
3. Behandling af ansøgninger til Forebyggelsesspulje 2011	6
4. Sundhedsaftale 2011-2014	10
5. Orientering om forhandlingsaftale om ny landsoverenskomst for almen læge- gerning	11
6. Sundhedsaftaler og § 2-aftaler	15
7. Medicinlister fra plejehjem	17
8. Orientering fra almen praksis	19
9. Afsluttende statusredegørelse vedrørende Sundhedsaftale 2007-2010	20
10. Drøftelse af regionsrådets beslutning om ophør af visitation af patienter til rehabiliteringscenter Dallund	24
11. Drøftelse af liggesår i et samarbejde mellem plejehjem og hospital	25
12. Eventuelt	26

SAG NR. 1

GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Det foreslås, at den foreliggende dagsorden lægges til grund for mødets afvikling.

KONKLUSION

I Charlotte Fischers fravær blev mødet ledet af Nina Berrig.

Der var tilslutning til ønsket fra de alment praktiserende læger om, at praksisudvalgets sekretariatschef Flemming Larsen fremover deltager i møderne som bisidder for lægerne.

Det blev besluttet, at den foreliggende dagsorden lægges til grund for mødets afvikling.

SAG NR. 2**PRÆSENTATION OG DRØFTELSE AF SUNDHEDSPROFIL 2010**

SAGSFREMSTILLING

Sundhedsprofil 2010 er den anden sundhedsprofil for alle kommuner i Region Hovedstaden. Den første Sundhedsprofil fra 2008 har været et godt værktøj for kommunernes og regionens planlægningsarbejde. Blandt andet dokumenterer Sundhedsprofilen omfanget af én af regionens helt store udfordringer; den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedsprofilen giver en detaljeret beskrivelse af de voksne borgeres sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd i regionen som helhed og i de enkelte kommuner. Samtidig beskrives, hvordan sundhedsparametrene er relateret til forskellige demografiske og sociale forhold. Sundhedsprofilen giver dermed viden, som er vigtig i forhold til planlægning inden for sundhedsområdet med hensyn til behov for sundhedsydelse, men udgør også et fundament for planlægning af forebyggelsesindsatser.

Det har været et ønske fra kommunerne, at der blev lagt mere vægt på forebyggelsespotentialet i den nye Sundhedsprofil, og det har der været arbejdet målrettet mod. Derfor er Sundhedsprofilen denne gang opdelt i to: Et opslagværk, hvor de forskellige indikatorer for borgernes sundhed beskrives, mens den anden del omhandler mulighederne for arbejdet med sundhedsfremme i kommunerne. Fokus er på rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet, da det er de faktorer, som spiller en væsentlig rolle for folkesundheden, og som der er fokus på i kommunerne. Der gives en generel indføring i både individorienterede og strukturelle forebyggelsesstrategier samt konkrete anbefalinger til, hvad kommunerne kan gøre. Sundhedsprofilen udgør således en central del af den rådgivningsforpligtigelse på forebyggelsesområdet, som regionen ifølge Sundhedsloven har over for kommunerne.

Sundhedsprofilen 2010 blev lanceret ved en konference den 20. januar 2011, hvor der var deltagere fra næsten alle kommunerne, og kommunerne vil herudover blive tilbudt yderlig information om resultaterne fra egen kommune.

Sundhedsprofilen er bredt udsendt. De medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget, der ikke har de to dele af sundhedsprofilen, kan få den tilsendt ved henvendelse til udvalgets sekretariat. Der vil blive medbragt et antal eksemplarer til uddeling på mødet.

På kontaktudvalgets møde vil projektleder Kirstine Magtengaard Robinson give en uddybende mundtlig orientering.

KONKLUSION

Projektleder Kirstine Magtengaard Robinson orienterede om sundhedsprofilens opbygning og hovedresultater.

De fremlagte resultater blev drøftet, herunder hvordan analyserne er vægtet i forhold til køn, alder og manglende besvarelser, og hvilken validitet tallene har. Der skal en periode på ca. 5 år til, før man har sikre tal for effekten af større interventioner. Det blev drøftet, om der er særlige generations- og motivationseffekter. Sundhedsprofilen kan ikke belyse generationseffekter, da den kun giver et øjebliksbillede. Forskelle i motivation er ikke analyseret nærmere.

De kommunale medlemmer gav udtryk for, at der ønskes en koordineret offentliggørelse af kommende sundhedsprofiler mellem forskningscentre, region og kommuner, samt udtrykte ønske om en større kommunal involvering næste gang sundhedsprofilerne laves.

Orienteringen blev taget til efterretning.

SAG NR. 3**BEHANDLING AF ANSØGNINGER TIL FOREBYGGELSESPULJE 2011**

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede i møde den 31. august 2010 indsatsområder og kriterier for ansøgninger til Forebyggelsespulje 2011. Udvalget besluttede en ansøgningsfrist til den 20. december 2010, og at ansøgningerne skulle gennemgås af et vurderingsudvalg med repræsentanter fra kommunerne og regionen med henblik på at sikre en faglig vurdering af projekterne i forhold til rammerne for puljens anvendelse og for god projektstandard. Vurderingsudvalget har bestået af fire kommunale repræsentanter samt fire regionale repræsentanter.

Puljen er i 2011 på i alt 6.848.207 kr., der er sammensat af en bevilling på 5.900.000 kr. i budgettet for 2011 og en overførsel af uforbrugte midler fra 2010 på 948.207 kr.

Ved ansøgningsfristens udløb var der indkommet 22 ansøgninger, hvoraf 2 ansøgninger senere er blevet trukket tilbage. I de resterende 20 ansøgninger er der søgt om i alt 11.045.540 kr. Ansøgningerne er gennemgået af vurderingsudvalget. Vurderingen fremgår af vedlagte bilag.

Der kan ydes støtte til projekter, der genererer ny, anvendelig og systematiseret viden, der let kan deles mellem flere aktører i regionen, og til projekter, hvor kendt viden implementeres eller spredes.

Generelle vurderinger

Generelt vurderes kvaliteten i projekterne at være bedre end i de foregående år. Der er fortsat stor spredning i projektkvaliteten. Der er flere af projekterne, der ikke er tværsektorielle samarbejdsprojekter, men som har mere karakter af forskningsprojekter, modningsprojekter, kompetenceudviklings- eller driftsprojekter. Nogle af de indsendte projekter bærer præg af manglende gennemarbejdning.

Vurdering af projekterne

For gennemgang af de enkelte projekter henvises til den vedlagte indstilling fra Vurderingsudvalget.

Vurderingsudvalget finder, at følgende projekter bør støttes: 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20 og 21.

Projekterne 2, 5, 8, 14, 17 og 18 anbefales ikke støttet, da de enten ikke har tilstrækkelig tværsektoriel forankring eller er svære at afgrænse fra driftsfase.

Oversigt over projektansøgninger:

Projekt nr.	Titel	Støtte i kr.
1	Rehabilitering af KOL patienter	350.000
2	Tværfaglig genoptræning af patienter med svær kronisk hjertesygdom	0
3	Tværsektorielt samarbejde om overvægtige skolesøgende børn*	459.530
4	Graviditet, fødsel og nybleven familie	292.710
5	Rehabilitering efter alkoholbetinget levercoma	0
6	TeleKOL	400.000
7	TeleDiabetes	610.000
8	Forebyggelse af varig svækkelse hos ældre efter indlæggelse	0
9	Samarbejde i Sundhestrekanten i regi af Vestegnsprojektet	295.000
10	Socialsygeplejerske for lighed i sundhed	1.320.000
11	Tidlig tværsektoriel indsats ved begyndende svækkelse, funktionstab og fald	640.600
13	Udvikling af samarbejdet mellem sundhedspleje og jordemoder**	235.400
14	Etablering af tværsektorielt kommunikationsforum	0
15	Samarbejde om den palliative indsats***	200.000
16	Tværfagligt samarbejde for tidlig, hurtig og målrettet indsats til børn og unge med mistanke om psykiske eller andre udviklingsmæssige vanskeligheder****	101.200
17	Tidlig opsporing, forebyggelse og behandling af overvægt hos førskolebørn	-
18	Behandling af overvægtige førskolebørn	0
19	Medicin på tværs ift. Den ældre medicinske patient	150.000
20	Digitale møderum til udskrivningskonferencen	125.000
21	Etablering af ubrudt behandlingsskæde for selvmordstruede børn og unge	336.000
I alt		5.515.440 kr.
	Pulje 2011 inkl. overførsel fra 2010	6.848.207 kr.
	Restbeløb	1.332.767 kr.

* For projekt 3 - "Tværsektorielt samarbejde om overvægtige skolesøgende børn" forudsætter Vurderingsudvalget, at der følges op på langtidseffekten af interventionen.

** For projekt 13 – "Udvikling af samarbejdet mellem sundhedspleje og jordemoder" forudsætter Vurderingsudvalget, at der udarbejdes et evalueringsdesign, som er dækkende for de mål, der indgår i projektet.

*** For projekt 15 – "Samarbejde om den palliative indsats" forudsætter vurderingsudvalget, at der opnås enighed mellem Hillerød Hospital og Halsnæs Kom-

mune om en revideret projektbeskrivelse og tidsplan med igangsættelse ultimo 2011.

**** For projekt 16 – ”Tværfagligt samarbejde for tidlig, hurtig og målrettet indsats til børn og unge med mistanke om psykiske eller andre udviklingsmæssige vanskeligheder” forudsætter Vurderingsudvalget, at projektet også forankres ved samordningsudvalget vedr. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.

De enkelte projektansøgninger kan rekvireres i regionsadministrationen.

Projekterne, der anbefales støttet, fordeler sig på følgende prioriterede emner i forebyggelsespuljen 2011:

Emne nr.	Beskrivelse	Projekt nr.	Samlet beløb
1	Støtte til sikring af sammenhæng mellem sektorerne i forbindelse med særlige indsatser overfor ældre medicinske patienter	1, 11	990.600 kr.
2	Forebyggende indsatser overfor børn og unge i risikogrupper i snitfladen mellem den borgerrettede og patientrettede forebyggelse	3	459.530 kr.
3	Tværasektorielle samarbejdsprojekter om forebyggelsesindsatser i gråzonen mellem den kommunale og den regionale opgavevaretagelse for eksempel forebyggende indsatser indenfor bl.a. KRAM-faktorerne blandt patienterne	4, 9, 13, 20	948.110 kr.
4	Samarbejdsprojekter indenfor det psykiatriske område, herunder projekter vedr. børn af psykisk syge samt børn med psykisk sygdom	10, 16, 21	1.757.200 kr.
5	Praksisområdet. Fx vedrørende udvikling af praksisfællesskaber og organisationsudvikling	(9)	
6	Patientsikkerhed i forbindelse med sektorovergange. Fx projekter vedr. det tværasektorielle samarbejde samt organisering af arbejdet med utilsigtede hændelser, der opstår i tværasektorielle patientforløb	19	150.000 kr.
7	Anvendelse af eksisterende telemedicinske løsninger. Fx om samarbejdet på tværs af sektorer om udbredelse af anvendelse af telemedicinske løsninger	6, 7	1.010.000 kr.
8	Støtte til modning af tværasektorielle samarbejdsprojekter om forebyggelsesindsatser i gråzonen mellem den regionale og kommunale opgavevaretagelse med henblik på ansøgning af projektstøtte i en senere ansøgningsrunde	15	200.000 kr.
I alt			5.515.440 kr.

Vurderingsudvalgets anbefaling er forelagt den administrative styregruppe. Styregruppens tilkendegivelse vil forelægges til Sundhedskoordinationsudvalgets møde.

Det anbefales,

- at Sundhedskoordinationsudvalget godkender, at de anbefalede projekter støttes
 - at forudsætningerne for støtte af projekterne 3, 13, 15 og 16 godkendes
 - at de øvrige projekter ikke støttes
-

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte, at projekterne 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20 og 21 støttes med de anførte beløb, og at støtten til projekterne 3, 13, 15 og 16 gives under forudsætning af, at de anførte betingelser opfyldes.

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede, at projekterne 2, 5, 8, 14, 17 og 18 ikke støttes.

Bilagsfortegnelse:

1. Vurderingsudvalgets gennemgang og vurdering af projektansøgninger vedr. Forebyggelsespuljen 2011

SAG NR. 4

SUNDHEDSAFTALE 2011-2014

SAGSFREMSTILLING

Samtlige sundhedsaftaler er nu politisk behandlet og godkendt i de 29 kommuner og i regionsrådet. Tårnby Kommunalbestyrelse har dog taget forbehold for psykiatridelen, indtil samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet er endelig godkendt af kommunen og Region Hovedstadens Psykiatri. Aftalerne er indsendt til Sundhedsstyrelsen i slutningen af januar 2011.

Sundhedsaftaler samt bilagene til aftalen lægges nu på nettet, og den administrative styregruppe drøfter den videre formidling af aftalerne, så de når ud til de personer, der skal sikre aftalernes anvendelse.

Det foreslås, at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter temaerne for udvalgets videre arbejde med aftalerne.

KONKLUSION

Det blev fremhævet, at der skal arbejdes med den politiske forankring af aftalerne ved, at der skabes rum for reelle politiske prioriteringer og sikres fokus på de udfordringer, der er for udvikling af samarbejdet i sundhedstrekanten og arbejdet med ulighed i sundhed.

Der skal lægges vægt på implementeringen af aftalerne gennem udarbejdelse af tids- og handleplaner på de store områder.

Der udtryktes ønske om mere temaorienterede drøftelser, herunder fokus på at effektiv og sikker kommunikation mellem sektorerne er afgørende for, at patienter og borgere oplever en sammenhængende indsats.

SAG NR. 5**ORIENTERING OM FORHANDLINGSAFTALE OM NY LANDSOVERENSKOMST FOR ALMEN LÆGEGERNING**

SAGSFREMSTILLING

Der er den 21-12-2010 indgået aftale om en ny toårig overenskomst for de praktiserende læger. Aftalen er nu til godkendelse hos hver af aftaleparterne og vil ved godkendelse træde i kraft 01-04-2011.

Aftalen indeholder en del afgørende og nye tiltag, som bl.a. har fokus på lægedækning, kommunesamarbejde, faglig kvalitet, dokumentation og sammenhængende patientforløb generelt og i særdeleshed for det stigende antal borgere med én eller flere kroniske sygdomme. Ændringerne beskrives overordnet i det følgende.

Lægedækning

Der er aftalt en række nye tiltag, der kan bidrage til en løsning af konkrete lægedækningsproblemer:

- Regionen får rådighed over nye og ledigblevne ydernumre for bedre at kunne understøtte den overordnede sundhedsplanlægning i regionen
- Der udløses ikke længere automatisk nye ydernumre i områder med befolkningsvækst, men kun hvor der *mangler kapacitet*
- Ydernummeret kan kobles til en bestemt fysisk lokalitet, hvilket f.eks. kan være relevant i samarbejdet med kommunerne om fremskaffelse af lokaler
- Mulighed for etablering af 'satellitpraksis', hvor der ikke er grundlag for at drive en almindelig praksis enten pga. befolkningsunderlaget eller pga. rekrutteringsproblemer
- Regionen kan etablere en regionsdrevet klinik i op til to år, hvis det ikke er muligt at sikre lægedækningen på anden vis
- I områder med lægemangel ophæves kilometergrænsen (hidtil 15 km)
- Mulighed for, at læger kan ansættes i praksis på ubestemt tid
- Nuværende regler om delepraksis gøres mere fleksible, så delepraksis ikke nødvendigvis bindes til et fast patientantal.

Kommunesamarbejde

De hidtidige erfaringer har vist, at sundhedsaftalerne har et indhold, der har betydning for de praktiserende læger.

Foruden almen praksis' fortsatte inddragelse i sundhedsaftalerne er samarbejdet mellem kommune og almen praksis prioriteret i den nye landsoverenskomst:

- Det er fastsat, at alle kommuner skal etablere kommunalt lægelige udvalg (KLU). Der er udarbejdet en vejledning til brug for arbejdet i KLU. I vejledningen beskrives organisation, kompetencer og anbefalinger til emner, der fast skal adresseres i udvalget, og emner der kan drøftes efter behov
- Forud for udarbejdelse af praksisplan skal regionen gennemføre en høring blandt kommunerne i regionen om, hvilke behov de ser i forhold til lægedækningen. Praksisplanen er fortsat en plan, der udarbejdes af Samarbejdsudvalget for almen lægegering
- Med henblik på at facilitere overgangen til elektronisk kommunikation mellem en kommune og kommunernes praktiserende læger, har parterne udarbejdet en rammeaftale om e-kommunikation mellem kommune og kommunens praktiserende læger. Rammeaftalen kan bringes til at gælde i KLU med orientering til samarbejdsudvalget
- Landsoverenskomstens afsnit om vederlagsfri fysioterapi er præciseret, herunder er patientens frie valg til at benytte enten et kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi eller behandling i praksissektoren beskrevet
- Det er aftalt, at der udarbejdes en fælles rapport om kommunale praksiskon-sulentordninger. Rapporten skal belyse, hvilke emner de kommunale praksiskon-sulenter med fordel skal beskæftige sig med. Rapporten skal ligeledes beskrive muligheder for opgaveløsning på tværs.

Kronikeromsorg

Kronikeromsorgen er en basal del af den praktiserende læges opgaver, hvorfor aftalen skal understøtte almen praksis i at tage ansvar for sine tilmeldte patienter, særligt i forhold til patienter med (flere) kroniske sygdomme. Med aftalen fokuseres der på, at almen praksis skal behandle patienter med kronisk sygdom i proaktive og planlagte forløb med fokus på patientens egenomsorg ved:

- Understøttelse af forløbsprogrammer for kronisk sygdom, hvor almen praksis forpligter sig til varetagelse af de opgaver, som det præciseres i programmet, at almen praksis har ansvaret for.
Der er aftalt en ny form for lokalaftaler, en såkaldt udmøntningsaftale. En udmøntningsaftale omfatter alle praktiserende læger, og skal udmønte aftaler om samarbejde og arbejdsdeling, hvor almen praksis har en rolle, f.eks. i relation til sundhedsaftaler
- Anvendelse af IT som kvalitetsredskaber, der bl.a. hjælper til at skabe overblik over og monitorere borgernes sundhed. Bl.a. vil alle almen praksis med aftalen være forpligtet til at diagnosekode og anvende datafangst i forbindelse med deres kroniske patienter. Herved sikres brug af sundhedsdata, via tilbagemeldinger til lægerne, til kvalitetssikring og udvikling. De praktiserende læger vil og-

så anvende Det Fælles Medicinkort (FMK), der giver samlet overblik over patientens medicinering på tværs af sundhedsvæsenet. FMK understøtter dermed

lægens rolle som tovholder for patienten, hvilket er særligt vigtigt for patienter med kroniske sygdomme.

Øvrig kvalitetsudvikling og IT

- Almen praksis skal indgå i den danske kvalitetsmodel
- Praktiserende læger skal arbejde med patientoplevet kvalitet
- Foruden implementering af datafangst, diagnosekodning og FMK skal patientjournaldata gøres tilgængelige for det øvrige sundhedsvæsen
- Der etableres en officiel og åben mailboks for alle praksis, hvortil offentlige myndigheder kan sende officiel elektronisk post.

Akutområdet og lægevagten

Der er enighed om at søge at indfri anbefalingerne fra *Udvalget om det præhospitale beredskab* - dog undtaget en anbefaling om fælles regional ledelse af lægevagten. Anbefalingerne omhandler bl.a. udvikling af lægevagten og øget integration mellem lægevagten og det øvrige akutberedskab. Disse målsætninger skal virkeliggøres lokalt gennem samarbejde mellem de praktiserende læger og den enkelte region. Regionerne har allerede i dag mulighed for at etablere en alternativ ordning, hvis der viser sig behov for nye organiseringsformer.

Økonomi

Samfundsøkonomien er presset, og der er behov for stram udgiftsstyring og budgetsikkerhed. Med aftalen er der sikret:

- En omlægning af honorarsystemet, hvor incitamentsstrukturen drejes bort fra kvantitativt fokus på enkelttydelser hen imod øget basishonorering og helhed i behandlingen. Basishonoreringen øges samtidig med en reduktion/afskaffelse af nogle af de hidtidige tillægsydelse, der fremover skal indgå som en del af grundtydelserne. Honorering for e-mailkonsultation sættes ned. Derudover afskaffes ydelsen ”aftalt forebyggelseskonsultation”, ligesom muligheden for særlig honorering for årskontroller indsnævres
- Afdæmpning af udgiftsstigningen i forhold til hidtil ved hjælp af en kollektiv mekanisme, der medfører økonomisk sanktion i form af pris- og lønreguleringer, hvis udgifterne overstiger den aftalte økonomiske ramme.

Når forhandlingsaftalen er endelig godkendt, vil Region Hovedstaden igangsætte implementeringen af aftalen i samarbejde med relevante samarbejdspartnere.

Det indstilles, at orienteringen tages til efterretning.

KONKLUSION

Else Hjortsø orienterede om, at der først medio marts 2011 forventes at foreligge en gennemskrevet ny overenskomst, der herefter skal konsekvensvurderes. Den egentlige drøftelse af overenskomstens muligheder og rammer må afvente dette.

Birgitte Alling Møller fremhævede de positive elementer i den nye aftale, men også at den stramme økonomi vanskeliggør investeringer i nye lægehuse og mere praksispersonale. Nye opgaver kræver aftaler på grund af økonomiløftet.

Fra kommunal side blev det anført, at lægerne må være villige til at betale markedshuslejen, hvis kommunerne skal medvirke til at skaffe lokaler til lægehuse.

Der blev spurgt til anvendelsen af de beskrevne udmøntningsaftaler og deres sammenhæng til sundhedsaftalen.

Det blev aftalt, at sagen dagsordensættes til junimødet, hvor der har været tid til at konsekvensvurdere den sammenskrevne overenskomst og vurdere sammenhængen til sundhedsaftalen.

På temamødet drøftes mulige løsningsmodeller i de tilfælde, hvor indsatsen i sundhedsaftalerne ikke synes at være omfattet af overenskomstens bestemmelser.

SAG NR. 6

SUNDHEDSAFTALER OG § 2-AFTALER

SAGSFREMSTILLING

Der er fra Københavns og Frederiksberg Kommuner fremsendt nedenstående anmodning og kommentarer til referatet fra Sundhedskoordinationsudvalgets sidste møde:

1) Københavns Kommune

Der efterspørges en beskrivelse af § 2-aftalernes egnethed i forhold til sundhedsaftalerne samt perspektiver i forhold til incitament over for den enkelte læge om at indgå i vedtagne projekter, hvor finansieringen af almen praksis sker via § 2-aftale.

2) Frederiksberg Kommune

Det er Frederiksberg Kommunes opfattelse, at det bilag, som er udsendt om § 2-aftalerne, ikke beskriver aftalernes egnethed ift. at implementere/følge op på sundhedsaftalerne eller siger noget om, hvorvidt § 2-aftalerne kan bruges forpligtende evt. med sanktionering ift. almen praksis. Det er vores vurdering, at det var den vurdering, som blev efterspurgt på mødet og ikke blot en oversigt over aftaler.

Ad 1) og ad 2)

Nedenstående § 2-aftaler er netop egnede til implementering af sundhedsaftalerne. Den ene aftale danner grundlaget for de praktiserende lægers deltagelse i mødefora under sundhedsaftalerne. Den anden aftale er direkte relateret til implementering af kronikerindsatsen, som beskrevet i sundhedsaftalerne.

- § 2-aftale om honorering for deltagelse i mødevirksomhed
- § 2-aftale om honorering af praktiserende læger i forbindelse med modtagelse af besøg fra facilitator med henblik på implementering af forløbsprogrammer.

I forhold til om aftalerne er forpligtende, og om der er sanktionsmuligheder, kan det oplyses, at § 2-aftaler har samme status som andre overenskomstaftaler, men at de ikke indgår i § 100-statistikken og dermed ikke vurderes i forbindelse med evt. sanktion.

§ 100-statistikken

Som en del af landsoverenskomsten vedr. almen lægegering er det aftalt, at der hvert år skal foretages kontrolstatistikker, herunder gennemgang af lægernes ydel-

sesmønstre – den såkaldte § 100-statistik. Kontrolstatistikken er et økonomisk styringsinstrument, der viser, hvor stor en udgift og antal ydelser pr. patient den enkelte læge leverer.

Hvis kontrolstatistikken viser, at en læge har udgifter pr. patient, der overstiger gennemsnitsudgiften med mere end en aftalt procentsats, som fremgår af overenskomsten, skal den enkelte læge afgive forklaring. Samarbejdsudvalget i Region Hovedstaden skal herefter godkende de pågældende forklaringer eller indstille til konkrete sanktioner.

Det indstilles, at orienteringen tages til efterretning.

KONKLUSION

De beskrevne aftaler bygger på den gældende overenskomst, og her er de rent kommunale aftaler ikke § 2 aftaler, og ikke bindende for lægerne.

De kommunale medlemmer efterlyste, hvordan aftaler kan gøres bindende for alle.

Det blev pointeret, at det ikke kan ske efter den nuværende overenskomst.

I den nye overenskomst er der åbnet op for denne mulighed. En nærmere gennemgang vil indgå på mødet i juni, herunder hvad de nye udmøntningsaftaler kan anvendes til.

Det blev aftalt, at mødet i juni kommer til at omhandle også de elementer, hvor overenskomsten får særlig betydning for sundhedsaftalerne. Praksisudvalget fremsætter ud fra de betragtninger forslag til særlige indsatsområder.

SAG NR. 7**MEDICINLISTER FRA PLEJEHJEM**

SAGSFREMSTILLING

Birgitte Alling Møller har bedt om, at der på Sundhedskoordinationsudvalgets møde kommer en drøftelse af medicinlister fra plejehjemmene. Henvendelse fra Birgitte Alling Møller lyder:

”Praktiserende læger modtager meget hyppigt medicinlister, som plejehjemmene faxer til lægen vedrørende konkrete patienter. Egen læge anmodes om at gennemse listen og påføre om den angivne medicin, er den medicin, som er ordineret til patienten. Den hyppigste begrundelse for fremsendelse af skemaet er, at embedslægen angiveligt har anmodet om denne gennemgang.

Fra PLO er vi orienteret om følgende:

Plejehjemmenes anmodninger om lægefaglig status på beboere

PLO er ved medlemshenvendelser blevet bekendt med, at mange plejehjem er begyndt at efterspørge en "lægelig status", et "sygdomsark" eller lignende vedrørende beboerne - ofte med angivelse af, at dette er et nyt krav fra embedslægen.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er det ikke et krav, at plejehjemmene systematisk skal indhente oplysninger hos egen læge.

PLO skal gøre opmærksom på, at praktiserende læger ikke er forpligtede til at udfylde skemaer eller lignende, som plejehjemmene selv har udfærdiget. Hvis et plejehjem har behov for at indhente oplysninger, bør det ske ved, at plejehjemmet – via kommunens socialforvaltning – anmoder om udfyldelse af en statusattest (LÆ 125).

Et plejehjem eller hjemmeplejen sender (faxer) lister til den praktiserende læge med oversigt over de medicinordinationer, som plejehjemmet eller hjemmeplejen har noteret, eller der bedes om oplysninger om medicinstatus og ændrede ordinationer på en eller flere af lægens patienter. Lægen bliver f.eks. bedt om at checke, at plejehjemmets liste er i overensstemmelse med medicinoversigten i lægens journal og derefter melde eventuelle korrektioner tilbage til plejehjemmet/hjemmeplejen.

Problemstillingen er tidligere blevet drøftet med Danske Regioner, hvorefter følgende kan oplyses:

Landsoverenskomsten handler om individuel patientbehandling. Hvis henvendelsen fra plejehjemmet har et individuelt udgangspunkt (konkret tvivl eller anden særlig anledning til at checke ordinationerne), er det en ydelse, der er dækket af landsoverenskomsten.

Hvis henvendelsen sker skriftligt (eller pr. fax), og der svares skriftligt (eller pr. fax) kan der afregnes for en konsultation pr. brev. Hvis der er tale om en telefonisk kontakt, kan der afregnes for en telefonkonsultation.

Hvis henvendelsen derimod er led i en helt generel kvalitetssikringsprocedure hos plejehjemmet, er det ikke en sygesikringsydelse.

Vi har gentagne gange orienteret vore kolleger herom, og vi har i 2009 skrevet til samtlige sundhedschefer i kommunerne og bedt om, at plejehjemmene i kommunen orienteres.

Alligevel modtager vi fortsat et uforandret stort antal anmodninger om medicingennemgange. Hvad gør vi?

Det anbefales, at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter problemstillingen.

KONKLUSION

Birgitte Alling Møller opridsede indledningsvis de problemfelter, der er på området. Hun oplyste, at PLO havde været i kontakt med de centrale sundhedsmyndigheder, der havde bekræftet, at der ikke af embedslægerne/Sundhedsstyrelsen stilles krav om sådanne medicingennemgange. Hun efterlyste derfor modeller for medicinsamarbejdet.

Der var enighed om, at der er behov for at finde løsninger for det løbende medicinsamarbejde. Det fælles medicinkort (FMK) vil formentlige være en del af den langsigtede løsning, men der er behov for løsninger indtil det er indført overalt.

Det aftaltes, at der på junimødet gives en status for indførelsen af FMK i hovedstadsregionen.

Det aftaltes, at der på junimødet ligeledes skal fremlægges forslag til håndtering af det løbende samarbejde mellem plejehjem og de praktiserende læger i et kvalitetssikringsperspektiv bl.a. gennem anvendelse af overenskomstens rammeaftale om kommunikation.

Bilagsfortegnelse:

1. Eksempel på henvendelse til en kommune
2. PLO Regionsnyt nr. 2

SAG NR. 8

ORIENTERING FRA ALMEN PRAKSIS

SAGSFREMSTILLING

Almen praksis vil på mødet give en orientering om 2 aftaler, Praksisudvalget har indgået med Københavns Kommune:

1. Aftale om ansættelse af kommunale praksiskonsulenter (idet vi håber, den kan skabe grundlag for tilsvarende ansættelsesaftaler af kommunale praksiskonsulenter i øvrige kommuner).
 2. Aftale om ansættelse af konsulenter på kommunens nye aflastningsenhed i Valby.
-

KONKLUSION

Birgitte Alling Møller orienterede om de to aftaler, herunder om at den anden aftale endnu ikke er endelig indgået. Hun ser aftalerne som hensigtsmæssige modeller for tilsvarende aftaler i andre kommuner.

Det aftaltes, at aftalerne rundsendes til udvalgets medlemmer, når de er endeligt godkendt.

Orienteringen blev herefter taget til efterretning.

SAG NR. 9**AFSLUTTENDE STATUSREDEGØRELSE VEDRØRENDE SUNDHEDS-
AFTALE 2007 - 2010**

SAGSFREMSTILLING

Det overordnede formål med sundhedsaftalerne for 2007 - 2010 var at sikre sammenhængende forløb for borgere, der har behov for tilbud fra både hospitaler, almen praksis og kommuner. Der har gennem aftaleperioden været arbejdet med udvikling og implementering af en lang række tiltag. Herunder skal særligt fremhæves:

Indlæggelsesforløb og udskrivningsforløb for svage ældre. Der har på hospitalerne og i kommunerne været et meget stort fokus på at implementere sundhedsaftalernes varslingsregler og udvikle samarbejdet om udskrivning af færdigbehandlede patienter. Arbejdet hermed fortsættes i 2011, idet der vil være særligt fokus på de komplekse udskrivningsforløb, hvor der er behov for kommunale serviceydelser efter udskrivning.

Antallet af færdigbehandlede patienter og antallet af færdigbehandlingsdage faldt i 2009. I 2010 er der sket et yderligere fald i antallet af færdigbehandlingsdage. Der vedlægges oversigt over udviklingen i antal færdigbehandlede fra 2007 til 2010 opgjort på antal personer og på antal betalingsdage. Samtidig er der sket et fald i antallet af meget lange indlæggelser efter færdigbehandling.

Genoptræningsområdet er med implementering af snitfladekataloget på voksenområdet præget af et positivt samarbejde. Det har betydet en væsentlig forskydning fra specialiseret genoptræning, der skal udføres i hospitalsregi, til almen genoptræning, der udføres af kommunerne. Der vedlægges oversigt over udviklingen fra 2007 til 2010. Der har i perioden 2008 – 2010 været lagt et stort arbejde i at få arbejdet og implementeret snitfladekataloget på børneområdet.

Herudover er der påbegyndt udvikling af tværsektorielle forløbsbeskrivelser for løsning af den samlede genoptræningsopgave på hospital og i kommuner. Der er udviklet en forløbsbeskrivelse for skulderlidelser. I nærmeste fremtid igangsættes udvikling af forløbsbeskrivelse for apopleksi. Forløbsbeskrivelserne skal sikre sammenhæng i genoptræningen og sikre, at den bygger på eksisterende evidens.

Hjælpemiddelområdet har generelt fundet et godt leje efter implementeringen af arbejdsdelingen mellem hospital og kommuner. Der er etableret faglige hjælpe-

middelfora mellem det enkelte hospital og kommunerne, der skal sikre den daglige sammenhæng på området.

Der er udarbejdet en rapport om fordele og ulemper i den nuværende arbejdsdeling og samarbejdet vedrørende tildeling af høreapparater. Rapporten blev forelagt for Sundhedskoordinationsudvalget den 16. november 2010. Sundhedskoordinationsudvalget besluttede at rette henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren om en række emner. Henvendelsen og ministerens svar vedlægges.

Forebyggelse og forløbsprogrammer. Der er udarbejdet forløbsprogrammer for KOL og Type 2 diabetes. Implementeringen af de to forløbsprogrammer blev markant forsinket – på grund af en meget sen udmelding af de statslige puljemidler til opgaven - og kom først i gang i december 2009. Arbejdet med forløbsprogrammerne er forankret i de lokale samordningsudvalg og understøttes af en central koordinerende funktion, der blev opbygget i løbet af 2010.

Der er endvidere udarbejdet et forløbsprogram for demens, som blev godkendt ultimo 2010. Implementering af forløbsprogrammet påbegyndes primo 2011. Herudover er der udviklet et forløbsprogram for hjerte-karsygdomme, der dog endnu ikke er endelig godkendt. I 2010 er der desuden påbegyndt udarbejdelse af forløbsprogram for muskel-skeletlidelser (lidelser i lænderyg).

I efteråret 2009 blev en fælles IT-portal over sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne og på hospitalerne i relation til forløbsprogrammer og indsatsen over for KRAM-faktorerne taget i brug.

Indsatsen for mennesker med sindslidelse. Fokus har i aftaleperioden været rettet mod implementering af samarbejdsaftalerne på henholdsvis voksen- og børneområdet. I forbindelse hermed er der afholdt en årlig fælles konference for de lokale samordningsudvalg, hvor deltagerne fra kommunerne, almen praksis og de psykiatriske centre drøfter samarbejdsrelationer, udviklingsprojekter mm.

Elektronisk kommunikation er afgørende for at få samarbejdet omkring varsling og færdigbehandling, genoptræning og forløbsprogrammerne til at fungere optimalt. Der er lagt en fælles plan for implementering af den elektroniske kommunikation i den samlede sundhedstrekant – hospitaler, kommuner og almen praksis. Implementeringen er forankret i samordningsudvalgene. Den understøttes med midler fra kronikerpuljen.

Der er aftalt løbende **monitorering** af centrale dele af sundhedsaftalerne. Der er således etableret monitorering af genoptræning, færdigbehandlede, indlæggelser under 24 timer og genindlæggelser samt 8 diagnoser, hvor mulighederne for at forebygge indlæggelser vurderes at være størst. Monitoreringens resultater følges op i de lokale samordningsudvalg. Der er samtidig udviklet monitorerings værktø-

jer rettet mod det psykiatriske område og den elektroniske kommunikation. Det sættes i drift fra 2011.

Erhvervet hjerneskade. Der har i 2008 og 2009 været nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der har udarbejdet spilleregler for samarbejdet mellem hospitaler og kommuner om behandling og rehabilitering af personer med traumatisk hjerneskade. Arbejdsgruppens rapport blev færdiggjort og godkendt i efteråret 2009. Rapportens anbefalinger er nu under implementering.

Den administrative styregruppe for sundhedsaftaler: Styregruppen består af administrative repræsentanter fra regionen og kommunerne og fungerer som igangsætter for arbejdsgrupperne og følger op på, at fastlagte milepæle overholdes. Styregruppens hovedopgave i 2010 har været udarbejdelse af forslag til sundhedsaftaler for perioden 2011-2014.

Samordningsudvalg: Der er nedsat samordningsudvalg på alle hospitaler og på de psykiatriske centre. Endvidere er der nedsat et særligt koordinerende samordningsudvalg for Københavns Kommune og fælles samordningsudvalg for psykiatrien. Udvalgenes hovedopgave er implementering af sundhedsaftalerne og udvikling af det lokale samarbejde. Det er vurderingen, at samordningsudvalgene fungerer godt og har styrket den gensidigt forpligtende dialog mellem hospitaler og kommuner.

Arbejdsgrupper: Der var i forhold til sundhedsaftalerne for 2008-2010 nedsat tværsektorielle arbejdsgrupper og udviklingsgrupper i forhold til indsatsområderne: Forebyggelse og sundhedsfremme, genoptrænings- og hjælpemiddelområdet samt i forhold til IT-området samt økonomi og data.

Alle arbejds- og udviklingsgrupperne er nu formelt lukket ned. Grupperne reetableres med nye kommissorier afstemt efter målsætningerne i sundhedsaftalerne for 2011-2014. Herudover er det med sundhedsaftalerne 2011-2014 besluttet, at der nedsættes permanente udviklingsgrupper i forhold til indsatsområderne: Medicin og patientsikkerhed (utilsigtede hændelser).

Det indstilles, at statusredegørelsen tages til efterretning.

KONKLUSION

Ninna Thomsen anførte, at der er en fortsat stigning i det samlede antal genoptræningsplaner, som må analyseres nærmere. Hun påpegede, at implementeringen af e-kommunikation skal ske koordineret, og der fortsat mangler økonomisk afklaring. Endelig henviste hun til, at samordningsudvalgsstrukturen i 2011 skal evalueres.

Bilagsfortegnelse:

1. Oversigter over udviklingen i færdigbehandlede og i fordelingen på specialiserede og almene genoptræningsplaner 2007-2010.
2. Henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren om høreapparater og ministerens svar.

SAG NR. 10

DRØFTELSE AF REGIONSRÅDETS BESLUTNING OM OPHØR AF VISITATION AF PATIENTER TIL REHABILITERINGSCENTER DALLUND

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med regionsdannelsen overtog Region Hovedstaden de tidligere amters aftale med Rehabiliteringscenter Dallund. Regionen har i 2008-2010 henvist patienter til rehabiliteringscenter Dallund for ca. 3 mio.kr. årligt.

Efter strukturreformen har kommunerne overtaget ansvaret for den ikke specialiserede rehabilitering og midlerne hertil. Det er derfor regionens vurdering en kommunal opgave at varetage rehabiliteringsopgaven for kræftpatienter, der ikke har et specialiseret behov.

Regionsrådet har derfor i møde den 1. februar 2011 besluttet at ophøre med at henvise til rehabiliteringscenter Dallund pr. 1. april 2011.

Det er besluttet, at sagen drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget og meddeles i Kommunekontaktudvalget. Kommunekontaktudvalget er i møde den 7. februar 2011 orienteret om regionsrådets beslutning.

Sagen forelægges til drøftelse.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tog regionsrådets beslutning til efterretning.

Bilagsfortegnelse:

1. Sagsfremstilling til forretningsudvalg og regionsråd om ophør med henvisning af patienter Rehabiliteringscenter Dallund.

SAG NR. 11

DRØFTELSE AF LIGGESÅR I ET SAMARBEJDE MELLEM PLEJEHJEM OG HOSPITAL

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalgets formand Charlotte Fischer har, foranlediget af en konkret avisomtale, anmodet om, sundhedskoordinationsudvalget drøfter muligheden for at forebygge liggesår i et samarbejde mellem plejehjem og hospital.

Der vedlægges artikel fra Berlingske Søndag den 30. januar 2011 – ”Når den ene hånd ikke ved, hvad den anden gør”.

Det skal bemærkes, at forebyggelse af liggesår indgår i planen for den ældre medicinske patient 2, der er under konkretisering med henblik på forelæggelse for regionsrådet i foråret 2011.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede behovet for at udvikle samarbejdet mellem kommunerne og navnlig de specialiserede sårfunktioner på hospitalerne. Der skal sikres muligheder for træk på hospitalernes ekspertfunktioner og kompetenceudvikling. Anvendelse af telemedicinske løsninger må indtænkes.

Det blev fremhævet, at området kræver en stadig indsats, der også må inddrage hjælpemiddelområdet. De nye regler om utilsigtede hændelser vil kunne give en ramme for fælles læring af konkrete forløb.

Bilagsfortegnelse:

1. Berlingske Søndag den 30. januar 2011 – ”Når den ene hånd ikke ved, vad den anden gør.”

SAG NR. 12

EVENTUELT

Sundhedskoordinationsudvalget besluttede at aflyse mødet den 22. marts 2011.

Næste møde finder sted **mandag den 20. juni 2011 kl. 8.30**
