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

SUNDHEDSKOORDINATIONSUDVALGET

Mandag den 26. januar 2009

Kl. 8.30

Regionsgården i Hillerød, mødelokale H2

Møde nr. 1

Medlemmer:

Kirsten Lee, Region Hovedstaden
Per Seerup Knudsen, Region Hovedstaden
Nina Berrig, Region Hovedstaden
Leila Lindén, Region Hovedstaden (Afbud)
Bjarne Thyregod, Region Hovedstaden (Afbud)
Ole Christian Pedersen, Gribskov Kommune
Mona Heiberg, København Kommune (Afbud)
Ib Terp, Brøndby Kommune
Helge Friis, Halsnæs Kommune
Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune (Afbud)
Praksisudvalgets formand Birgitte Alling Møller
Praksisudvalgets næstformand Dorte Halkjær (Afbud)

Indholdsfortegnelse

		Side:
1.	Godkendelse af konklusioner fra seneste møde	3
2.	Godkendelse af dagsorden	4
3.	Orientering om Sundhedsstyrelsens godkendelse af den reviderede sundhedsaftale, herunder status vedr. implementering af sundhedsaftalen og det videre arbejde frem mod 2. generations sundhedsaftaler	5
4.	Temadrøftelse om almen praksis	11
5.	Forebyggelsesportal for Region Hovedstaden	14
6.	Status vedr. færdigbehandlede patienter	17
7.	Statusredegørelse for implementering af tids- og aktivitetsmål for it-anvendelsen i relation til sundhedsaftalerne	19
8.	Orientering om kræftpakkerne i Region Hovedstaden	22
9.	Orientering om anvendelsen af § 2-aftale om polyfarmaci	23
10.	Eventuelt	25

SAG NR. 1

GODKENDELSE AF KONKLUSIONER FRA SENESTE MØDE

SAGSFREMSTILLING

Der forelægges konklusioner fra udvalgets møde den 24. november 2008 til godkendelse.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte konklusionerne fra mødet den 24. november 2008.

Bilagsfortegnelse:

1. Konklusioner fra mødet den 24. november 2008

SAG NR. 2

GODKENDELSE AF DAGSORDEN

SAGSFREMSTILLING

Det indstilles, at sundhedskoordinationsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den foreliggende dagsorden.

SAG NR. 3

ORIENTERING OM SUNDHEDSSTYRELSENS GODKENDELSE AF DEN REVIDEREDE SUNDHEDSAFTALE, HERUNDER STATUS VEDRØRENDE IMPLEMENTERING AF SUNDHEDSAFTALEN OG DET VIDERE ARBEJDE MOD 2. GENERATIONS SUNDHEDSAFTALER.

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget forelægges kvartalsvis status over arbejdet med at udvikle og implementere sundhedsaftalerne.

Godkendelse af den reviderede sundhedsaftale:
Sundhedskoordinationsudvalget godkendte i møde den 17. juni 2008 forslag til revideret sundhedsaftale (grundaftalen). Sammen med grundaftalen blev de tilrettede kommunespecifikke allonger efterfølgende sendt til den enkelte kommune med henblik på politisk behandling og godkendelse inden 1. oktober 2008.

Efter at have opnået politisk godkendelse i samtlige 29 kommuner samt godkendelse i regionsrådet 23. september 2008, blev sundhedsaftalerne fremsendt til Sundhedsstyrelsen med henblik på godkendelse ultimo september 2008.

Sundhedsstyrelsen godkendte ultimo november 2008 Region Hovedstadens 29 sundhedsaftaler. I de enslydende godkendelsesskrivelser bemærkede Sundhedsstyrelsen bl.a. følgende til indholdet i sundhedsaftalerne:

- "Styrelsen finder, at alle sundhedsaftaler er blevet konkretiseret i forhold til de krav, hvor styrelsen tidligere havde bemærkninger."

- "De reviderede aftaler udtrykker gennemgående en ansvarsfordeling imellem parterne, hvilket er i fuld overensstemmelse med et af sundhedsaftalernes væsentligste formål, nemlig at understøtte en tydelig arbejdsdeling mellem parterne på sundhedsområdet samt at sikre sammenhængende patientforløb."

Ifht. det videre arbejde frem mod 2. generation sundhedsaftaler bemærkede Sundhedsstyrelsen følgende:

- "Sundhedsstyrelsen vil derfor foretage en revision af den vejledning, som vil danne grundlag for regionernes og kommunernes udarbejdelse af 2. generationsaftalerne, som skal indsendes til Sundhedsstyrelsen til godkendelse senest den 31. december 2010. Regioner og kommuner vil blive inviteret til at bidrage til denne revision."

Status vedrørende implementering af sundhedsaftalen:
Vedrørende de enkelte arbejdsgrupper nedsat til videreudvikling af sundhedsaftalerne skal bemærkes:

Kommunikation:
Arbejdsgruppen for kommunikation afsluttede sit arbejde i juli 2008.

Arbejdsgruppen har haft til opgave at udarbejde retningslinjer vedrørende kommunikation for både udskrivnings- og indlæggelsesforløb.

Kommunikationen kommer til at foregå elektronisk via MedCom standarder.

Følgende produkter er blevet godkendt i den administrative styregruppe 22. august 2008:
'Indholdet i den elektroniske kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis'; 'Retningslinjer for inddragelse af kommune og almen praksis'; 'Den gode patientinformation'

Arbejdsgruppens arbejde er blevet koordineret tæt med udviklingsgruppen vedrørende it og informationsudveksling på sundhedsområdet. Udviklingsgruppen er i gang med at opdatere tids- og aktivitetsplanen for opfølgning på effekten. Der vil fortsat blive fulgt op på implementeringen og monitoreringen.

Arbejdsgruppens resultater er blevet indarbejdet i den reviderede sundhedsaftale, oktober 2008 og indgår i det videre arbejde med udvikling og tilpasning af relevante MedCom standarder.

Genoptræning:
Arbejdsgruppens snitfladekatalog med eksemplificerende beskrivelser af standardgenoptræningsforløb, der skal tydeliggøre faglige kriterier for sondringer mellem almen og specialiseret genoptræning er nu implementeret i hele regionen. I løbet af 2008 er der i de enkelte samordningsudvalg udarbejdet konkrete implementeringsplaner, som skulle sikre, at den formelle implementering skete senest med godkendelse af den reviderede sundhedsaftale.

I den reviderede sundhedsaftale er det fastlagt, at der igangsættes en årlig revision af snitfladekataloget, første gang et halvt år efter snitfladekataloget har været i drift.

I den administrative styregruppe er det fastlagt, at der foretages en månedsvis monitorering af forholdet mellem andelen af almen og specialiseret ambulant genoptræning. Monitoreringen oplyses på såvel hospitals- som kommuneniveau samt samordningsudvalgsniveau. Målet er at få klarlagt udviklingen i praksis på genoptræningsområdet som led i den nationale overvågning af området.

Genoptræningsgruppen har arbejdet videre med diagnosegrupper, som ikke indgår i det nuværende snitfladekatalog. Således forventes det, at snitflader for idrætsmedicinske patienter, cancerpatienter og hjertepatienter (kronisk hjerteinsufficiens, do-

kumenteret iskæmisk hjertesygdom og hjerte-karlidelser) implementeres i løbet af første halvdel af 2009.

I regi af genoptræningsgruppen er der nedsat en underarbejdsgruppe vedrørende børn, som dels har til opgave at udarbejde et snitfladekatalog for børn samt udarbejde forslag til en samarbejdsmodel vedrørende genoptræning af børn. Snitfladekataloget er i øjeblikket til faglig kommentering/høring i de respektive sundhedsfaglige råd samt kommuner og hospitaler. Samarbejdsmodellen er pt. under udvikling.

Genoptræningsgruppen har derudover udarbejdet procedure vedrørende forvarsling af patienter, der henvises til genoptræning i kommunerne efter udskrivning fra hospitaler i Region Hovedstaden for udvalgte diagnosegrupper. Samtidig er der udarbejdet retningslinjer for revurdering til hospital, der sikrer, at såfremt der opstår interfererende faktorer på genoptræningsforløbet, jf. snitfladekataloget, kan det vurderes, om en patient bør skifte fra almen til specialiseret genoptræning.

Hovedfokus for genoptræningsgruppen i 2009 bliver dels revision af snitfladekataloget, men især udviklingen af forslag til tværsektorielle og tværfaglige standardforløbsbeskrivelser og kliniske vejledninger på alle relevante genoptræningsgrupper.

Hjælpemidler:
Arbejdsgruppens casekatalog som konkretiserer cirkulæret vedrørende afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet er ultimo maj 2008 implementeret i samtlige kommuner og hospitaler.

Arbejdsgruppen har i løbet af efteråret/vinteren arbejdet med nye cases til næste version af casekataloget (version 2), som træder i kraft 1. marts 2009. Forslag til version 2 er i øjeblikket til faglig høring hos kommuner og hospitaler og indeholder tre nye cases. Der vil fremover foretages en årlig revision af det gældende casekatalog.

Som bidrag til det videre arbejde i IT-udviklingsgruppen har arbejdsgruppen udformet generelle retningslinjer for udarbejdelse af funktionsvurdering til brug ved vurdering af behov for hjælpemidler og boligændringer. IT-udviklingsgruppen arbejder i øjeblikket videre med arbejdsgruppens bidrag.

Som noget nyt er det i den reviderede sundhedsaftale besluttet, at der med udgangspunkt i det enkelte hospital nedsættes et Fagligt Hjælpemiddelforum, som bl.a. har til opgave at følge op på sundhedsaftalens indsatsområde vedrørende hjælpemidler. Arbejdsgruppen har til brug for oprettelsen af disse fora udarbejdet et standardkommissorium.

Endelig har arbejdsgruppen udarbejdet skabelon til en pjece med overskriften ”Her kan du henvende dig, hvis du får brug for hjælpemidler”.

Udviklingsforum vedrørende patientrettet forebyggelse:
Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv, dvs. få kompe-

tencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at udøve en god egenomsorg, fx ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning.

I sundhedsaftalerne mellem regionen og kommunerne er det aftalt, at sikringen af den overordnede sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud sker gennem den tværsektorielle følgegruppe *Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse.* I Udviklingsforum deltager repræsentanter for kommuner, hospitaler, almen praksis og regionens administration.

Den hidtidige indsats og projekter som Udviklingsforum har igangsat
Udviklingsforum har til opgave at udvikle samarbejdet og arbejdsdelingen på alle områder af den patientrettede forebyggelse. Dette arbejde udmønter sig i udviklingen af forløbsprogrammer for kronisk sygdom, herunder patientuddannelse.

Der er i regi af Udviklingsforum udviklet den sundhedsfaglige del af forløbsprogrammerne for KOL og diabetes type 2. I øjeblikket arbejdes der på udviklingen af den sundhedsfaglige del af et forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme. Udviklingsforum har derudover igangsat et arbejde med henblik på at fremkomme med et forslag til implementering, monitorering og evaluering af forløbsprogrammerne. Formulering af en regionsdækkende samarbejdsmodel for demens organiseres også som et forløbsprogram forankret i udviklingsforum.

Planlagte tiltag i relation til sundhedsprofiler og indsats mod ulighed i sundhed
I forhold til Sundhedsprofilen 2008 har Udviklingsforum besluttet, at man vil tage en samlet drøftelse af sundhedsprofilens indhold og rolle som planlægningsredskab på et møde i begyndelsen af 2009. Sundhedsprofilen har fokus på social ulighed i sundhed så overvejelser i forhold til, hvordan en indsats mod social ulighed i sundhed kan tilrettelægges vil indgå i Udviklingsforums behandling af sundhedsprofilen.

I forslag til udmelding af forebyggelsespuljen er såvel opfølgning på sundhedsprofilen som ulighed i sundhed gjort til temaer for projektansøgninger.

Indsatsen for mennesker med sindslidelser:
Der er udarbejdet standardaftaler for samarbejdet mellem de enkelte psykiatriske centre og kommunerne på henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet. De enkelte centre og kommunerne har i 1. halvår af 2008 aftalt den lokale udfyldelse af standardaftalerne. Standardaftalerne er nu implementeret. Samarbejdsaftalerne indgik i den reviderede sundhedsaftale, og er nu det godkendte samarbejdsgrundlag.

IT-gruppen:
Der henvises til dagsordenspunkt 7 – statusorientering om implementering af tids- og aktivitetsmål for it anvendelse i relation til sundhedsaftalerne.

Aktivitet og økonomi:
Der er sket en videreudvikling og uddybning af det dataarbejde omkring genoptræning, nul-dagsindlæggelser og genindlæggelser, som blev påbegyndt i 2007. Endvidere har der i Følgegruppen været indledende drøftelser af større sundhedsområder bl.a. kroniske patienter og den ældre medicinske patient med henblik på at indkredse, hvorledes disse områder kan monitoreres fremover.

Endvidere er der drøftet fremadrettede aktiviteter for 2009 bl.a. metodeudvikling indenfor og imellem datakilder om implementeringen af hospitalsplanen, og der er nu nedsat en ny underarbejdsgruppe, som skal bearbejde genoptræningsområdet yderligere i forhold til henholdsvis udvalgte diagnoser og monitorering af snitfladekataloget.

Arbejdsgruppe vedrørende erhvervet hjerneskade:
Med strukturreformens ændrede opgavedelinger og myndigheds- og finansieringsansvar har det vist sig nødvendig at gentænke indsatsen for personer med erhvervet hjerneskade, så de hidtidige mål om høj faglig kvalitet i den samlede behandling samt koordination og sammenhæng i behandlingen fortsat opfyldes.

Samtidig har der vist sig behov for at tilpasse den nuværende 3-fasede behandlingsmodel i forhold til de ændrede regler på genoptræningsområdet og socialområdet og specialundervisningen samt de ændringer i Region Hovedstaden, der følger af den vedtagne hospitalsplan, der nu er under implementering.

Grundet ovenstående er der i september 2008 nedsat en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, som har til opgave at fremkomme med forslag til den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen i hovedstadsregionen. Arbejdsgruppen er nedsat af den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler og refererer til denne gruppe.

Arbejdsgruppen har indtil videre afholdt 5 møder og forventer at afslutte sit arbejde i foråret 2009.

Den administrative styregruppe for sundhedsaftaler:
Styregruppen fungerer som igangsætter for arbejdsgrupperne og følger op på, at fastlagte milepæle overholdes. Styregruppen mødes i 2009 ca. hver anden uge.

Samordningsudvalg:
Samordningsudvalgene på hospitalerne og de psykiatriske centre fungerer stadig tilfredsstillende.

<u>Det videre arbejde frem mod 2. generations sundhedsaftaler:</u>
Senest 31. december 2010 skal kommunerne og Region Hovedstaden indgå nye sundhedsaftaler (2. generations aftaler).

Som forberedelse til 2. generations aftaler vil der internt i regionen frem til marts/april 2009 ske en formulering af ønsker til temaer og indhold i næste generation sundhedsaftaler.

Herefter vil regionens ønsker præsenteres for kommunerne i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler.

Kommunerne kører en tilsvarende intern proces med at få afklaret, hvilke temaer kommunerne ønsker behandlet i de kommende sundhedsaftaler.

Der foreligger endnu ingen centrale udmeldinger om, hvilke rammer, krav og emner der vil blive gældende for 2. generations sundhedsaftaler. Som tidligere nævnt har Sundhedsstyrelsen dog tilkendegivet, at de vil foretage en revision af den vejledning, som vil danne grundlag for regionernes og kommunernes udarbejdelse af 2. generationsaftalerne.

Når de centrale udmeldinger formentlig medio 2009 foreligger, vil regionens og kommunernes ønsker blive vurderet i forhold til, hvad der kan rummes inden for de obligatoriske temaer, og hvad der kan indgås frivillige aftaler om. På det tidspunkt vil der blive lavet en detaljeret tidsplan for det videre arbejde med sundhedsaftalerne frem mod den endelige politiske godkendelse i region og kommuner og indsendelse til Sundhedsstyrelsen.

Det indstilles,

- **at** statusorienteringen vedrørende Sundhedsstyrelsens godkendelse af den reviderede sundhedsaftale m.v. tages til efterretning.

KONKLUSION

Der blev udtalt ønske om, at det skal sikres, at reglerne om genoptræningsplaner også anvendes af privathospitalerne for de patienter, de behandler for regionen.

Sundhedskoordinationsudvalget tog statusorienteringen til efterretning.

SAG NR. 4

TEMADRØFTELSE OM ALMEN PRAKSIS

SAGSFREMSTILLING

Den godkendte plan for almen praksis er nu trykt. Planen vedlægges til orientering og som en del af grundlaget for temadrøftelsen.

Temadrøftelsen foreslås koncentreret om:

- implementering af planen for almen praksis
- samspil og sammenhæng mellem praksiskoordinatorer/konsulenter på hospitaler og de kommunale praksiskonsulenter og
- 2. generations sundhedsaftaler set fra praksissektoren

Drøftelsen af de enkelte punkter vil blive indledt med korte oplæg fra de praktiserende læger i sundhedskoordinationsudvalget, chefen for enheden for praksisplanlægning Else Hjortsø og direktør Eva Simonsen, Koncern Praksis.

KONKLUSION
Temadrøftelsen indledtes med indlæg af Else Hjortsø, Birgitte Alling Møller og Henning Nilausen.

Else Hjortsø ridsede i sit indlæg rammer og opbygning af praksisplanerne op. Alle planer er opbygget med en kapacitetsplan og en udviklingsplan. Planen for almen praksis forholder sig til kapacitet og de opgaver, som almen praksis fremover forventes at skulle løse. Ikke mindst vedr. forløbsprogrammerne på kronikerområdet og i forhold til planen for den ældre medicinske patient vil almen praksis få nye opgaver. Opgaverne tages der ikke stilling til i praksisplanen, der blot skal skaffe den fornødne rummelighed til, at opgaven kan håndteres. Planens omtale af den monofaglige udvikling og den organisatoriske udvikling i almen praksis blev omtalt, hvor ikke mindst muligheden for større praksis med mere hjælpepersonale er i fokus. Hun opfordrede til aktiv deltagelse i de dialogmøder, der netop er udsendt invitationer til.

Afslutningsvis redegjorde Else Hjortsø for planlægningen på fysioterapiområdet, der skal håndtere den ændrede opgavefordeling, hvor kommunerne fra midten af 2008 har ansvaret for den vederlagsfri fysioterapi. Der er udarbejdet en delplan

med vægt primært på den regionale del af opgaven, som grundlag for en samlet praksisplan, der kan dække hele området.

Birgitte Alling Møller tog i sit oplæg udgangspunkt i rekruttering og fastholdelse i lyset af den forventelige lægemangel. Der bør fortsat værnes om familielægen. Der kan stilles spørgsmål ved, om lægen løser de rigtige opgaver og om mere klinikpersonale, et samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste og andre dele af sundhedsvæsnet kunne frigive tid til nye højtprioriterede opgaver. I den sammenhæng nævnte hun, at det måske i nogle tilfælde kunne være godt ikke blot at tænke over, hvilke opgaver som skal "ud" til de praktiserende læger, men også hvad der kan "gå fra" lægerne til hospitalerne. Hun udtrykte positivitet over for større lægehuse, når blot der er tale om et frivilligt tilbud. Det kræver samarbejde med kommunerne om fremskaffelse af lokaler til en fornuftig pris, og det giver mulighed for anderledes praksismanagement. Hun betonede afslutningsvis, at samarbejdet i sundhedstrekanten skal have en stærk lokal forankring.

Henning Nilausen tog i sit oplæg udtryk i en konkret samarbejdscase mellem Gribskov Kommune, Hillerød Hospital og praktiserende læger om KOL-rehabilitering. Projektet illustrerer mulighederne for gennem hensigtsmæssig styring og formidling at få et projekt til at gro og udvikle sig positivt. Den lokale forankring gør det lettere at sikre modtagelsen af projektet og sikre bred involvering. Han fremhævede betydningen af den sociale proces omkring projektet som grundlag for at skabe dokumenterede erfaringer, der kan formidles. Han ser sådanne projekter som grundlag for flere lokale projekter med innovativt sigte. Som fremtidsscenarie pegede han på flerlægepraksis med væsentligt mere klinikpersonale og dermed flere patienter knyttet til den enkelte læge.

Der udspandt sig herefter en længere **debat**, hvor centrale emner var:

- hvilke incitamenter har vi til at fremme den ønskede udvikling
- er der tilstrækkelig god udvikling på området, så ønsket om større praksis med mere klinikpersonale og flere faciliteter realiserer sig selv, eller er det en for langsommelig proces
- de særlige rekrutteringsproblemer i den sydvestlige del af regionen
- udviklingen fra solopraksis mod flerlægepraksis
- den praktiserende læge skal fremover både være gatekeeper og koordinator
- praksiskonsulenternes betydning og samarbejde mellem de kommunale konsulenter og konsulenterne på hospitalerne
- implementeringen af forløbsprogrammer og planen for den ældre medicinske patient er vigtige elementer, som kræver samarbejde
- hvor stor ensartethed skal der være i tilbud fra almen praksis, kommuner og hospitaler, idet det betonedes at ens kvalitet og ens ydelser til alle borgere skal sikres
- er der en sammenhæng mellem indsatsen på sundhedsområdet og brugen af kommunale serviceydelser.

Der var enighed om, at løsning af de nævnte udfordringer må ses som et fælles projekt for alle aktørerne i sundhedstrekanten, og at der skal fokus på samarbejdet i realisering af de forskellige planer. Der var også enighed om, at processen må styres og koordineres for at sikre tilstrækkelig hastighed.

Bilagsfortegnelse:

1. Plan for almen praksis i Region Hovedstaden.

SAG NR. 5

FOREBYGGELSESPORTAL FOR REGION HOVEDSTADEN

SAGSFREMSTILLING

På sundhedskoordinationsudvalgsmødet den 12. september 2008 blev det besluttet, at regionen skulle afdække behov, indsamle ønsker til funktionalitet samt danne overblik over den økonomiske ramme ved etablering af en regional forebyggelsesportal.

Alternativer

Som del af afklaringsprocessen har der været taget kontakt med hhv. Region Nordjylland, Region Midt og sundhed.dk, der hver især har gjort forskellige erfaringer med web-baserede forebyggelsesportaler.

Region Nordjylland har lavet deres egen portal **www.nordjysksundhed.rn.dk** Et meget overskueligt og tilgængeligt produkt, der tilgodeser såvel borgere som sundhedsprofessionelle i Region Nord.

Sundhed.dk har i samarbejde med Region Midt udviklet en lignede web-portal på **www.praksis.dk** (en underside på sundhed.dk), der ligeledes samler og præsenterer kommunernes forebyggelsestilbud i regionen.

Sideløbende med regionens egen afklaringsproces i forhold til forebyggelsesportalen, fremsendte sundhed.dk i slutningen af november 2008 et brev til alle 5 regioner, hvor de inviterer til samarbejde omkring udviklingen og etableringen af en *fælles national skabelon,* der skal samle og systematisere forebyggelsestilbud, genoptræningstilbud og indsats i forhold til kronisk patientforløb under én portal på tværs af regioner og kommuner – se bilag 1. Portalen skal primært henvende sig til sundhedsprofessionelle med særlig vægt på almen praksis, men også borgere vil kunne drage fordel af portalen. På nuværende tidspunkt har Region Syd og Region Nord tilkendegivet, at de ønsker at indgå i samarbejdet med sundhed.dk omkring udarbejdelsen af en fælles national skabelon for forebyggelsestilbud. Sundhed.dk ønsker ligeledes, at Region Hovedstaden vil acceptere invitationen, således at vores udviklingsarbejde og ressourcer indgår i en samlet sundhed.dk løsning. Det anbefales, at regionen deltager. Det er meddelt sundhed.dk, at regionsadministrationen og kommunerne er positive, men endelig tilbagemelding afventer behandling i sundhedskoordinationsudvalget.

Organisering af det videre arbejde
Udvikling og vedligeholdelse af portalen bliver organisatorisk forankret i Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse. Kommunerne og hospitalerne skal her forpligte sig til at levere relevante oplysninger til portalen. Konkret bliver der nedsat et netværk under Udviklingsforum med repræsentation fra alle 29 kommuner, hospitaler og almen praksis. Netværket vil indsamle og vedligeholde udbuddet af tilbud samt ændringer. Det understreges, at kommunerne gøres ansvarlig for data fra egen kommune. Selve indtastningsproceduren er endnu ikke afklaret, men det bør overvejes, som en engangsydelse, at ansætte en student, der taster den første, større informationsmængde, der indkommer fra kommunerne. Dette vil sikre en ensartethed i udgangspunktet samt en hurtigere opstart. Herefter bør al opdatering og vedligeholdelse af de kommunale tilbud overlades til kommunerne selv. Der er mulighed for på sigt, at kommunerne gives direkte adgang til at logge på portalen og ændre egne data.

Ligeledes skal der ske en kvalitetssikring af de oplysninger, der lægges ud på en fælles sundhedsportal. I Region Midt har de brugt de kommunale praksiskonsulenter til at vurdere, hvilke tilbud der fagligt findes relevante og anvendelige. Der er endnu ikke taget stilling til kvalitetssikring af oplysninger i Region Hovedstaden.

Løsningsmodeller og tidshorisont
Region Nord har åbnet op for muligheden, at Region Hovedstaden kan bruge den bagvedliggende tekniske ramme fra deres egen portal, placere den i vores eget CMS system og herefter indtaste data fra hovedstadens kommuner. En regional løsning kan være hurtigere end en national, idet vi kun skal forholde os til egne kommuner og egne data. Det forventes, at vi i sommeren 2009 vil kunne præsentere de første forebyggelsestilbud i en web-løsning. En regional løsning på eget CMS betyder imidlertid også, at det ikke er muligt at integrere med andre systemer ej heller på længere sigt, hvor eksempelvis nye MedCom standarder forventes at kunne sende henvisninger fra almen praksis til kommunale forebyggelsestilbud. Samtidig får vi ikke fordel af en portal, der sammenholder data på tværs af kommune- og regionsgrænser ej heller en ensartethed i udvælgelse og præsentation. Der vil ligeledes være et vist ressourcetræk i regionen til opstart og vedligeholdelse af den tekniske løsning.

Vælger vi en løsning i samarbejde med Sundhed.dk, vil vi kunne drage fordel af erfaringerne fra hhv. sundhed.dk, Region Nord og Region Syd, der alle har lavet egne forebyggelsesportaler tidligere. En national portal har de umiddelbare fordele, at vi fra starten bliver enige om nationale kriterier for bl.a. udvælgelse, kvalitetssikring samt et fælles sprogbrug. Denne løsning vil understøtte en bred national enighed om, hvordan, hvad og hvor meget der skal indgå i en forebyggelsesportal. Den tekniske vedligeholdelse samt uddannelse af tekniske medarbejdere (indtastere) vil ligge i sundhed.dk regi.

Såfremt Region Hovedstaden vælger at indgå i samarbejdet med sundhed.dk om en national løsning, forventes det, at der i 1. kvartal af 2009 vil pågå arbejde omkring udformningen af en fælles skabelon i samarbejde med de to øvrige regioner og sundhed.dk. Sideløbende hermed etablerer vi et kommunalt netværk, der skal sikre indsamlingen af relevante data. Omkring 1. april vil Region Hovedstaden i samarbejde med sundhed.dk afholde en kick-off dag for vores region, hvor de kommunale repræsentanter præsenteres for den endelige skabelon, portalens navn og det videre arbejde. I løbet af 2. kvartal 2009 vil regionen i samarbejde med kommunerne indsamle data samt indtaste data. Umiddelbart efter indtastning vil data fremgå på portalen – forventeligt ved slutningen af 2. kvartal 2009.

Ressourcetræk
Oprettelsen og ibrugtagning af portalen i en sundhed.dk løsning forventes alt overvejende at kræve personalemæssige ressourcetræk både for kommunerne og i regionen samt beskedne udgifter til uddannelse. Ønsker regionen på sigt at udvide portalen med flere eller endnu ikke eksisterende funktionaliteter, eksempelvis en udvidet søgefunktion på tværs af regionerne, vil dette betyde en særskilt finansiering til sundhed.dk. Det vil i øvrigt blive undersøgt, om anvendelsen af forebyggelsesportalen kan føre til en forøgelse af regionens bidrag til sundhed.dk.

Der indstilles,

- at Region Hovedstaden indgår i et samarbejde med sundhed.dk og andre regioner om udarbejdelsen af en fælles national skabelon til at systematisere og præsentere forebyggelsestilbud, og

- **at** Region Hovedstaden beslutter, at sundhed.dk skal danne rammen om en regional forebyggelsesportal, hvor sundhedsprofessionelle og borgere let og overskueligt kan hente relevant information om bl.a. KRAM faktorerne, kroniske sygdomme m.v.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tiltådte den foreliggende indstilling.

Bilagsfortegnelse:
1. Brev fra sundhed.dk af 17. november 2008

SAG NR. 6

STATUS FOR FÆRDIGBEHANDLEDE PATIENTER

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget forelægges løbende tal for udviklingen i antallet af færdigbehandlede patienter på hospitalerne i Region Hovedstaden. Der foreligger nu tal for januar til november 2008 fra Sundhedsstyrelsens informations- og afregningssystem.

I vedlagte notat er der redegjort for antallet af færdigbehandlede i de 11 første måneder af 2008. Notatet bygger på afregningen af færdigbehandlede dage til og med november måned.

Der kan ses et forholdsvist højt niveau i antal færdigbehandlede dage for april, maj, juni, juli og oktober måned. Ud over konflikten på arbejdsmarkedet er der sædvanligvis også stigninger i antallet af dage i måneder med ferieperioder. Derimod ligger august, september og november måned 2008 tættere på det tilsvarende niveau i 2007 inklusiv de efterreguleringer, der er sket ved afregningen i november måned. Der må tages forbehold for, at der forsat kan være et registreringsmæssigt efterslæb for november måned. Faldet fra juli til august kan være en indikation på, at udskrivningssamarbejdet er ved at finde det tidligere niveau.

Som det ses af nedenstående tabel er den generelle udvikling på området, at der til og med udgangen af november måned er afregnet i alt 50.669 dage vedrørende færdigbehandlede patienter fordelt på 4.711 patientkontakter. I forhold til den samlede sengedagsproduktion til og med november måned 2008 udgør andelen af færdigbehandlingsdage 3,5 %.

Antal afregnede dage og antal CPR pr. måned i 200

	Antal dage	i pct.	Antal CPR	i pct.
Januar	6.181	12,2	526	11,2
Februar	4.017	7,9	386	8,2
Marts	4.158	8,2	359	7,6
April	4.788	9,4	451	9,6
Maj	4.913	9,7	518	11,0
Juni	5.950	11,7	477	10,1
Juli	6.150	12,1	488	10,4
August	3.466	6,8	359	7,6
September	3.467	6,8	366	7,8
Oktober	4.676	9,2	438	9,3
November	2.903	5,7	343	7,3
Ialt	**50.669**	**100,0**	**4.711**	**100,0**

I nedenstående tabel er antal afregnede dage frem til og med november måned sammenlignet med den tilsvarende periode i 2007. Sammenligningen viser, at tallene for august, september og november 2008 ligger på niveau med de tilsvarende tal for 2007, og at der er en markant stigning i oktober måned 2008.

Sammenligning af antal dage pr. november med samme periode i 2007

	Pr. nov. 2008	Pr. nov. 2007	Forskel
Januar	6.181	2.125	4.056
Februar	4.017	3.679	338
Marts	4.158	4.571	-413
April	4.788	3.975	813
Maj	4.913	3.853	1.060
Juni	5.950	3.604	2.346
Juli	6.150	4.626	1.524
August	3.466	3.427	39
September	3.467	3.163	304
Oktober	4.676	3.247	1.429
November	2.903	2.774	129
I alt	**50.669**	**39.044**	**11.625**

Det skal dog bemærkes, at der fortsat kan komme efterreguleringer for oktober og november, så tallene for 2008 bliver højere.

I vedlagte 2 bilagstabeller vises den månedlige udvikling i antal afregnede færdigbehandlingsdage fordelt på kommuner og hospitaler. Det stigende antal færdigbehandlingsdage fordeler sig meget forskelligartet for de enkelte kommuner og hospitaler.

Det indstilles,

- **at** sundhedskoordinationsudvalget tager redegørelsen for udviklingen i antallet af færdigbehandlede patienter til efterretning.

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tog redegørelsen til efterretning.

Bilagsfortegnelse:

1. Notat af 15. januar 2009. Færdigbehandlede patienter pr. november 2008.
2. Bilag 1. Hospitalsfordelt oversigt over afregnede færdigbehandlede dage, januar – november 2008
3. Bilag 2. Kommunefordelt oversigt over afregnede færdigbehandlede dage, januar- november 2008.

SAG NR. 7

STATUSREDEGØRELSE FOR IMPLEMENTERING AF TIDS- OG AKTIVITETSMÅL FOR IT-ANVENDELSE I RELATION TIL SUNDHEDSAFTALERNE

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalget blev på mødet den 24. november 2008 orienteret om status i realisering af de fastlagte mål for it-anvendelsen i relation til sundhedsaftalerne. Udvalget har tidligere bedt om løbende statusredegørelser for at kunne følge udviklingen. Nedenfor gennemgås kort de væsentligste punkter.

Fokus på kommunernes parathed i forhold til elektroniske meddelelser
Kommunerne i regionen har indmeldt, hvornår de forventer at være klar såvel teknisk som organisatorisk til implementering af de forskellige elektroniske meddelelsestyper, dvs.:

Basisadviser (indlæggesesadvis og udskrivelsesadvis)
Korrespondancemeddelelse
GOP

Basisadviser
Da indlæggelsesadvis og indlæggelsessvar er organisatorisk implementeret på henholdsvis hospitalerne og i kommunerne, er fokus først og fremmest på den organisatoriske implementering af udskrivningsadvis i kommuner og på hospitaler herunder tidstro registrering af udskrivelser på hospitalerne. Det er et krav fra kommuneside, at udskrivelsesadviserne registreres tidstro, hvis udskrivelsesadviserne skal kunne anvendes som kommunikationsform i forbindelse med, at en borger udskrives/hjemsendes, idet kommunerne er afhængige af at kende det præcise tidspunkt for, hvornår de skal påbegynde borgerens pleje/omsorgsopgaver.

En arbejdsgruppe under IT-udviklingsgruppen har udarbejdet præcise mål for aktionshastighed ved afsendelse af udskrivelsesadviser på hospitaler og aktionshastighed for håndtering af udskrivelsesadviser på kommuneside. Gruppen har endvidere udarbejdet vejledninger til personale på hospitalerne og i kommunerne.

Ovenstående fordrer et tæt samarbejde mellem de enkelte (optage)kommuner og tilhørende hospital(er) i forhold til koordinering af implemententeringen. Implementeringen vil blive fulgt op ved løbende elektronisk monitorering af tidspunkter for afsendelse af udskrivelsesadviser med henblik på opfølgning/yderligere tiltag.

Foreløbige datoer for den organisatoriske implementering af basisadviser på de enkelte hospitaler med tilhørende optagekommuner

Hospital	Dato for implementerings-start
Hillerød	1. marts 2009
Frederikssund	1. marts 2009
Helsingør	1. marts 2009
Herlev	1. april 2009
Gentofte	1. april 2009
Hvidovre	1. juni 2009
Glostrup	1. juni 2009
Bispebjerg	1. september 2009
Frederiksberg	1. september 2009
Amager	1. september 2009
Rigshospitalet	1. oktober 2009
Bornholm	1. oktober 2009

Korrespondancemeddelelsen (den kliniske e-mail)
Den tekniske implementering af korrespondancemeddelelsen finder sted på hospitalerne i forbindelse med implementeringen af "OPUS arbejdsplads", der forventes færdiggjort ultimo april 2009. Enkelte kommuner er imidlertid ikke teknisk klar til implementering af korrespondancemeddelelsen på dette tidspunkt.

IT-Udviklingsgruppen har nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommunerne, praktiserende læger og hospitalssiden. Gruppen fokuserer indledningsvis på kommunikationen mellem udvalgte kommuner og praktiserende læger med henblik på erfaringsopsamling herunder krav til aktionshastighed på modtagerside samt konkrete anvisninger på, hvilke informationstyper korrespondancemeddelelsen kan indeholde. På baggrund af ovenstående har gruppen udarbejdet en anbefaling/vejledning i forhold til informationstyper af indhold af korrespondancemeddelelsen og krav til aktionshastighed og organisation.

Status vedr. implementering af de elektroniske genoptræningsplaner i Region Hovedstaden
Ultimo november 2008 udgav it-leverandøren CSC en ny version af Genoptræningsplan-modulet. Den nye version er baseret på MedCom's nye standard til elektroniske genoptræningsplaner (DGOP version 1.0), og indeholder rettelser af fejl på tidligere versioner samt et nyt print af genoptræningsplanen.

Umiddelbart efter udgivelsen er versionen blevet testet i Region Hovedstaden både i forhold til funktionalitet og forsendelse. Der er fundet fejl i forhold til funktionalitet (ikke væsentlige), og en væsentlig fejl i forhold til den elektroniske forsendelse, som nu er rettet. Den elektroniske forsendelse testes igen i uge 4/2009. Herudover skal der opsættes og afvikles et testscenarie for negativ kvittering. Den første pilotimplementering forventes at finde sted **ultimo januar 2009,** dog i første omgang

kun med brug af funktionaliteten i den elektroniske genoptræningsplan. Forsendelsen vil blive pilot-implementeret lige så snart, at den negative kvittering også er testet. De første pilotenheder er Fysioterapien på Hillerød Hospital (afsender) og Hillerød Kommune (modtager). Herefter vil der ske en erfaringsopsamling, inden der bliver foretaget endnu en pilotimplementering på Gentofte Hospital – inden systemet frigives til videre udbredelse på de øvrige hospitaler i Region Hovedstaden. Implementering på de øvrige hospitaler forventes at starte 2. kvartal 2009. Planen er fortsat, at genoptræningsplanen skal bruges i hele regionen med udgangen af 2009.

Revidering af MedCom standarder
Der er i regionen taget initiativ til et nationalt samarbejde forankret under MedCom for at få udviklet nye og revideret nuværende MedCom standarder. Arbejdet pågår stadigvæk både i Region Hovedstaden og i de øvrige regioner. Primo februar vil de forskellige IT-leverandører blive involveret i processen, således at der sikres en løbende overgang mellem indholdsarbejdet og driftsdelen.

Det indstilles,

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

KONKLUSION

Sundhedskoordinationsudvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilagsfortegnelse:

1. Sammenhæng mellem kommuner, hospital og parathed

SAG NR. 8

ORIENTERING OM KRÆFTPAKKERNE I REGION HOVEDSTADEN

SAGSFREMSTILLING

Der vil blive givet en opfølgende orientering på mødet.

KONKLUSION

Svend Hartling orienterede om den seneste udvikling. Alle kræftpakker er nu implementeret. Anvendelsen sker planmæssigt, og tidsfristerne opfyldes i alt væsentligt. Fra marts 2009 forventes de første elektroniske monitoreringsresultater. Der er en forenklet regional visitation på kræftområdet på vej til brug for almen praksis. Der arbejdes med uddannelse i pakkeforløbene, og det anskaffede apparatur er under installation.

Sundhedskoordinationsudvalget tog orienteringen til efterretning.

SAG NR. 9

ANVENDELSE AF § 2-AFTALEN OM POLIFARMACI

SAGSFREMSTILLING

Sagen er genoptaget fra mødet i sundhedskoordinationsudvalget den 24. november 2008, da de praktiserende læger havde meldt forfald. Sundhedskoordinationsudvalget bad om, at administrationen til mødet i januar 2009 søger at fremskaffe data, der kan belyse aftalens virkning på medicinanvendelse og medicinsammensætning.

Københavns Kommune indgik før regionsdannelsen en § 2-aftale med de praktiserende læger i København om at gennemføre en særlig indsats i forhold til borgere, der behandles med megen medicin af forskellig type. Ved strukturreformen flyttedes sygesikringsopgaven fra Københavns Kommune til Region Hovedstaden. Regionen har valgt at videreføre aftalen med de praktiserende læger i København om polyfarmaci. I forbindelse med regionens videreførelse er aftalen ikke gjort regionsdækkende.

I nedenstående oversigt vises anvendelsen af aftalen i 2006 og 2007 samt de første 7 måneder af 2008.

	2006	2007	2008*
Antal læger	57	113	88
Udgift	76.592	642.550	409.690
Antal borgere	291	2163	1836

* Dækker perioden januar – juli 2008.

Efter en spæd start i 2006 er der en stigende anvendelse i 2007, der synes at fortsætte i 2008. Der er ikke foretaget beregning af anvendelsen set i forhold til størrelsen af den potentielle målgruppe.

Der vil på mødet blive givet et bud på aftalens medicinske virkninger.

Det indstilles,

- **at** redegørelsen tages til efterretning.

KONKLUSION

Ordningen skal evalueres inden aftalen udløber ultimo 2009. Evalueringen vil blive forelagt sundhedskoordinationsudvalget på et senere møde.

Anvendelsen af dosisdispenseret medicin blev drøftet.

Sundhedskoordinationsudvalget tog redegørelsen til efterretning.

SAG NR. 10

EVENTUELT

SAGSFREMSTILLING

Sundhedskoordinationsudvalgets formand tilkendegav ønske om, at det aftalte møde den 16. juni 2009 flyttes.

KONKLUSION

Der forelægges på næste møde forslag til ændret mødedato.