

# **REFERAT Udvalg vedrørende nære sundhedstilbud d. 03-02-2015**

**Mødedato** Tirsdag d. 03. februar 2015 kl. 09:00

**Mødested** mødelokale F1, stuen, Regionshuset Viborg, Skottenborg 26, 8800 Viborg

## Indholdsfortegnelse

Godkendelse af referat af møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 13. ja	3
Indsatser under Kræftplan III og øvrige indsatser på kræftområdet rettet mod almen praksis.....	5
Justering af aftale om udvidet samarbejde med almen praksis på akutområdet (sag til forretningsudv	8
Honorering af operation for grå stær hos praktiserende øjenlæger (sag til forretningsudvalget).....	12
Forslag til regionens høringssvar til udkast til Praksisplan for fysioterapi (sag til forretningsudvalge	16
Orientering om benchmarkrapport i henhold til hensigtserklæringer i Budgetforlig 2014 og 2015 (s	19
Orientering om Task Force for nære sundhedstilbud og sundhedsinnovation - årsrapport for 2014 (s	22
Udviklingsområder under Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis 2015-2018.....	24
Gensidig orientering.....	27

# **Punkt 1: Godkendelse af referat af møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 13. januar 2015**

1-01-81-9-14

## **Bilag**

Referat fra møde i Nære Sundhedstilbud den 13.01.2015 - åben

# Godkendelse af referat af møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 13. januar 2015

## RESUME

---

Referat af møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 13. januar 2015 forelægges til godkendelse.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

---

at referat af møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 13. januar 2015 godkendes.

## Sagsfremstilling

Referat fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 13. januar 2015 vedlægges til godkendelse.

## BESLUTNING

---

Referatet blev godkendt.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 2: Indsatser under Kræftplan III og øvrige indsatser på kræftområdet rettet mod almen praksis**

1-01-81-9-14

# Indsatser under Kræftplan III og øvrige indsatser på kræftområdet rettet mod almen praksis

## RESUME

---

Oplæg om indsatser under Kræftplan III og øvrige indsatser på kræftområdet rettet mod almen praksis.

- Oplæg om regional indsats på efteruddannelsesområdet ved Gry Stie fra Cancer i Praksis
- Oplæg om Almen Praksis' rolle i tidlig diagnostik af kræft ved Peter Vedsted, Professor - Forskningsenheden for Almen Praksis og Forskningsleder på Center for forskning i Cancerdiagnostik
- Oplæg om effekt af efteruddannelse i tidlig opsporing af kræft v/Berit Skjødeberg Toftegaard, speciallæge i almen medicin og ph.d. studerende.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

---

at orienteringen tages til efterretning.

## Sagsfremstilling

Gennem de sidste to årtier har der været megen opmærksomhed på, at kræftpatienter i

Danmark lever kortere end kræftpatienter i resten af Norden og Europa.

Det har medført stor politisk bevågenhed på området, og Sundhedsstyrelsen har udgivet Kræftplan I, II og III (Sundhedsstyrelsen 2000, 2005, 2010). Heri beskrives anbefalinger og indsatsområder til forbedring af behandlingen.

Kræftplan III fokuserer primært på de dele af patientens forløb, som ligger før og efter udredning og behandling i sygehusregi. Kræftplan III indeholder en lang række initiativer, hvoraf indførelse af de nye diagnostiske pakker for uspecifik cancer er én, og revision af alle eksisterende kræftpakkeforløb var en anden, derudover ligger der en masse informationsinitiativer rettet mod patienter og pårørende, som skal sikre, at patienterne går til læge i rette tid.

De tre fokuspunkter i Kræftplan III er beskrevet herunder, og under hvert punkt er beskrevet, hvordan der er arbejdet med punkterne i forhold til almen praksis i Region Midtjylland.

### *Hurtigere diagnostik*

For almen praksis udmøntes det blandt andet i let og fleksibel adgang til henvisning til

specialiseret udredning (oprettelse af diagnostiske enheder) og efteruddannelse i hurtigere diagnostik af kræft (2012-2013-2014).

### *Bedre efterforløb efter aktiv behandling*

For almen praksis er der lavet efteruddannelse for praksis i palliativ behandling (2014).

### *Øget overlevelse og bedre livskvalitet for patienterne før, under og efter kræftbehandling*

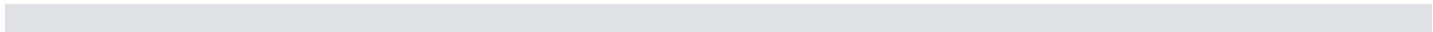
Hurtige diagnose, rehabilitering og/eller god palliativ behandling sigter på at forbedre forløbene for alle patienter.

## BESLUTNING

---

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud tog orienteringen til efterretning.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.



## **Punkt 3: Justering af aftale om udvidet samarbejde med almen praksis på akutområdet (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-100-13

### **Bilag**

Tillæg til vagtaftalen

Samarbejde omkring telefonvisitation

Samarbejde i akutklinikkerne

Samarbejde i akutafdelinger

# Justering af aftale om udvidet samarbejde med almen praksis på akutområdet (sag til forretningsudvalget)

## RESUME

---

Den 4. september 2012 trådte aftale med almen praksis om udvidet samarbejde på akutområdet (akutaftalen) i kraft. Som en del af aftalegrundlaget skal der gennemføres en evaluering af akutaftalen. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet har gennemført en evaluering af akutaftalen på en række forskellige områder. Evalueringen viser, at implementeringen af akutaftalen er gennemført, så den nye ordning relativt hurtigt blev funktionsdygtig med opbakning fra de involverede parter. Evalueringen viser også, at der er områder, hvor der er behov for justering og tilpasning af aftalen.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

---

at administrationen indleder drøftelser med PLO-Midtjylland om justering og tilpasning af akutaftalen, og

at regionsrådet får forelagt forhandlingsresultaterne før sommerferien 2015.

## Sagsfremstilling

Den 4. september 2012 trådte aftale med almen praksis om udvidet samarbejde på akutområdet (akutaftalen) i kraft.

Der er etableret en enstrengt visitation for patienter med akut behov for lægehjælp (undtaget 1-1-2 opkald) med de praktiserende læger og lægevagten som visitorator for de akutte henvendelser. Aftalen fastlægger, at behandlingen af mindre skader flyttes fra skadestuerne til de praktiserende læger og lægevagten.

Lægevagten er blevet fysisk integreret i akutafdelingerne, hvor samarbejdet mellem lægevagten og akutafdelingen skal bidrage til, at patienterne oplever den akutte behandling af enten akut sygdom eller akut tilskadekomst mere integreret, uanset om den foregår i lægevagten eller i skadestuen i akutafdelingen. Samarbejdet strækker sig også personalemæssigt ved at sygeplejersker fra akutafdelingerne assisterer og hjælper i lægevagten.

På akutklinikkerne udgør vagtlægerne den lægefaglige back-up og er lægefaglig ansvarlig i vagttid. De bemandede og udstyrede akutklinikker forbedrer vagtlægernes mulighed for at gennemføre diagnostik og behandling af patienterne set i forhold til hjemmebesøg foretaget af lægevagten.

Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet har gennemført en evaluering af akutaftalen, som har resulteret i seks delrapporter og en sammenfatning. Resultaterne i delrapporterne er fremlagt for regionsrådet på temamødet den 15. december 2014.

Samlet vurderes det, at implementeringen af akutaftalen er gennemført, så den nye ordning relativt hurtigt er blevet funktionsdygtig og med en fin opbakning og deltagelse fra både almen praksis, lægevagten og skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker. Endvidere har akutaftalen udover den enstrengede visitation medført kvalitetsløft og øget patientsikkerhed, blandt andet i forbindelse med øget overvågning på flere af de fælles akutmodtagelser samt flere muligheder for diagnostik i vagttiden.

## Aftalens økonomi

Reduktionen i antallet af skadestuebesøg skal ifølge regionsrådets vedtagelse af akutordningen finansiere de skønnede nettomerudgifter på hospitalerne til assisterende sygeplejerske mv. på ca. 4 mio. kr. og til praksisområdet på ca. 8 mio. kr.

Aktivitetssaldet på hospitalernes skadestuer er opgjort til ca. 11,0 mio.kr. (svarende til 50 % af DRG-værdien), mens udgifterne til assisterende sygeplejersker foreløbigt er opgjort til ca. 10,7 mio. kr. af hospitalsenhederne.

Aktivitetstallet på skadestuerne har medført meraktivitet hos almen praksis i både dagtid og i lægevagten. I evalueringen fra Forskningsenheden skønnes det, at den skadesrelaterede meraktivitet i dagtid udgør 1,4 % af konsultationer og 0,6 % af telefonkonsultationer. Administrationen har i vagttid opgjort merudgiften ved indførelsen af akutaftalen til 7,78 mio. kr.

Med det aktivitetsfald, der er konstateret på hospitalerne samt udgifterne til assisterende sygeplejersker, har finansieringen af akutordningen i de første år som udgangspunkt ikke balanceret. Imidlertid har det indtil nu ikke haft nogen realøkonomisk effekt, idet hverken budgettet for praksissektoren, eller det nationale økonomiloft for almen praksis har været overskredet i budgetårene 2013-2014.

### **Administrationens vurdering af akutaftalen**

Det er administrationens vurdering, at evalueringen peger på forhold, hvor der er behov for justering og tilpasning af akutaftalen. Denne justering og tilpasning bør forberedes i dialog med PLO-Midtjylland.

Der har været afholdt et indledende møde med PLO-Midtjylland, hvor administrationen har drøftet muligheder for udbygning af samarbejdet i medfør af akutaftalen. Administrationen ønsker fortsat dialog med PLO-Midtjylland om justeringer af aftalen.

Administrationen vurderer, at der gennem en tæt dialog med PLO-Midtjylland er gode muligheder for at skabe mere balance i finansieringen af akutordningen samlet set. Drøftelserne med PLO-Midtjylland vil blandt andet tage afsæt i nedenstående emner.

#### *Sygeplejerske assistance i lægevagten*

Forskningsenhedens evaluering indikerer, at der er gode muligheder for at opnå en mere effektiv anvendelse af ressourcerne ved at øge samarbejdet mellem sygeplejerskerne og lægevagten, f.eks. ved at lade sygeplejerskerne tage flere selvstændige behandleropgaver. Såvel Forskningsenhedens undersøgelse som tilkendegivelser fra hospitalerne indikerer, at en usystematisk og forskellig registreringspraksis i visse tilfælde kan være årsagen til, at sygeplejerskernes selvstændige behandleropgaver er undervurderet.

Ved at undersøge muligheden for om sygeplejerskerne kan foretage flere selvstændige behandleropgaver vil aktivitets- og økonomifordelingen mellem hospitalerne og lægevagten muligvis kunne ændres.

#### *Telefonvisitation*

Evalueringen viser, at der foretages en forholdsmæssig stor viderehenvielse fra lægevagts konsultation til skadestuen (28 % af alle skadekonsultationer i lægevagten), samtidig svarer lægerne, at 20 % af telefonkonsultationerne og 13 % af konsultationerne omhandler skader, hvor henvendelsen burde have været rettet til egen læge.

Øget fokus fra visitationslægerne på patienternes behov for viderehenvielse til røntgen samt fokus på hvorvidt henvendelsen kan vente og bør rettes til patientens egen læge efterfølgende, vil muligvis ændre aktiviteten i lægevagtskonsultationen. Alternativt kunne der også indgås en aftale, som sikrer lægevagten direkte henvielse til røntgen i vagttid, hvorved der er fokus på patientens forløb i sundhedsvæsenet.

#### *Servicemål*

Servicemål er en del af lægevagtsaftalen og ikke akutaftalen, men er ofte direkte relateret til akutaftalen med dens større pres på bemanning og ressourcer i vagttid. Administrationen anser den faldende tendens i overholdelsen af servicemålene, der har været konstateret i perioden, som en udfordring i forhold til akutaftalens og lægevagtsaftalens effektivitet.

Opgørelser over vagterne og udviklingen i vagterne i akutaftalen viser, at der er sket en udvidelse af antallet af vagter, især visitationsvagter. Samtidig ses imidlertid en øget gennemsnitlig indtjening og dermed en forbedret produktivitet for lægeside (særlig i konsultationsvagterne).

### *Meraktivitet i almen praksis*

Som førnævnt fremgår det af evalueringsrapporten, at der har været meraktivitet i almen praksis. Tal for skadesrelaterede tillægsydelser tyder dog på, at meraktiviteten i dagtid er begrænset og i nogen udstrækning kan være lidt tilfældig i forhold til akutaftalens ændringer. Der ses fald i nogle østlige dele af regionen og samtidigt stigninger i den vestlige del af regionen. Med udgangspunkt i de aftaler, der var forud for indgåelsen af akutaftalen, ville formodningen være den modsatte tendens.

Administrationen ønsker at undersøge, om der er mulighed for at flytte aktivitet fra vagttid til dagtid. Herunder ønsker administrationen at undersøge aktiviteten på skadestuerne fordelt på døgnet, idet dette kan være en indikator for, om der er områder af regionen, hvor akutaftalen kan implementeres bedre end den er i dag.

### *Tilgængelighed i dagtid*

Evalueringen af akutaftalen indeholder undersøgelser af den telefoniske tilgængelighed i praksis. Det er administrationens opfattelse, at øget fysisk tilgængelighed i dagtid, øget viden hos borgerne om fysisk tilgængelighed, er en effektiv måde at sikre dels en mindre aktivitet i lægevagten og dels en mere effektiv akutaftale.

Bedre udbredelse af akutlinjer i almen praksis og en oplysningskampagne til borgerne om brug af lægevagten kan muligvis bidrage til, at flere borgere retter henvendelse til egen læge frem for lægevagten senere på dagen. Det bør undersøges, hvorledes udbredelsen af akutlinjerne har udviklet sig, ligesom den fysiske tilgængelighed hos den praktiserende læge mellem kl. 14.00-16.00 bør klarlægges.

### **Proces for det videre forløb**

Administrationen vil igangsætte forhandlinger med PLO-Midtjylland om justeringer og tilpasning af akutaftalen. Administrationens drøftelser med PLO-Midtjylland vil forhåbentligt medføre konkrete tiltag og justeringer af aftalen, som kan udgøre grundlaget for regionsrådets beslutning omkring budgetomlægninger som følge af akutaftalens implementering.

De konkrete forhandlingsresultater vil blive forelagt for regionsrådet før sommerferien 2015.

### **BESLUTNING**

---

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 4: Honorering af operation for grå stær hos praktiserende øjenlæger (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-352-08

### **Bilag**

912105e0-3918-4596-a8e9-437f27d74751

68648a43-b2e5-4496-abc4-912d7114175d

9650de62-f458-4655-8dba-30495f2e198b

# Honorering af operation for grå stær hos praktiserende øjenlæger (sag til forretningsudvalget)

## RESUME

I henhold til eksisterende aftaler om operation for grå stær hos praktiserende øjenlæger, honoreres operationerne med den samme pris, som er gældende for operationen på privathospitaler med aftale om Udvidet frit sygehusvalg.

Honoraret kan dog tidligst ændres pr. 1. juni 2015, selvom prisen under Udvidet frit sygehusvalg ændres inden.

Prisen under Udvidet frit sygehusvalg er siden indgåelse af aftalen med de praktiserende øjenlæger nedsat, således at den nu er lavere end den honorering, de praktiserende øjenlæger får i Region Midtjylland. Prisen under Udvidet frit sygehusvalg genforhandles mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker i foråret 2015 med forventet ikrafttrædelse august 2015.

Regionsrådet skal tage stilling til, om honoreringen for grå stær hos de praktiserende øjenlæger skal nedsættes til samme pris som under Udvidet frit sygehusvalg, eller nuværende honorering skal bibeholdes, indtil den nye aftale er færdigforhandlet.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

at den nuværende honorering på 4.829 kr. for operation for grå stær med de praktiserende speciallæger fastholdes, og

at sagen tages op, når der er forhandlet nye aftaler om Udvidet frit sygehusvalg, forventeligt med virkning fra august 2015.

## Sagsfremstilling

Der er 13 praktiserende øjenlæger, som har indgået aftale med regionen om at operere patienter med grå stær.

I den nuværende aftale om grå stær fremgår det, at operationen honoreres med den til enhver tid gældende takst, som er aftalt i henhold til Udvidet frit Sygehusvalg. Dog kan den aktuelle pris på 4.829 kr. tidligst ændres pr. 1. juni 2015. Beløbet er inklusive linsen, øvrige materialer, medicin og lignende. Beløbet på 4.829 kr. var den aktuelle takst under Udvidet frit sygehusvalg på det tidspunkt, hvor aftalerne blev indgået.

Administrationen anbefaler, at honoreringen fastholdes, indtil der er forhandlet nye aftaler om Udvidet frit sygehusvalg, og regionsrådet på baggrund af resultatet af disse forhandlinger har behandlet sagen igen.

**Tabel 1. Honorering grå stær hos praktiserende øjenlæger**

	Kvote	Honorar 1. øje	Honorar 2. øje
12 praktiserende øjenlæger i RM	600 operationer	4.829 kr.	4.829 kr.
1 praktiserende øjenlæge i RM (1)	200 operationer	8.050 kr.	8.050 kr.
	100 operationer	6.500 kr.	6.500 kr.
<b>I alt</b>	<b>7.500 operationer</b>		

1) En øjenlæge har en anden aftale end de resterende. Denne aftale er indgået i Viborg Amt og udløber til august 2015.

## Baggrund

Baggrunden for den nuværende honorering er, at regionsrådet i september 2010 besluttede at opsigte eksisterende aftaler om grå stær operationer, fordi den daværende honorering var højere end de tilsvarende priser under Udvidet frit sygehusvalg. Regionsrådet besluttede i samme forbindelse, at øjenlægerne skulle tilbydes nye aftaler på samme økonomiske vilkår, som var gældende under Udvidet frit sygehusvalg.

Siden indgåelse af de nye aftaler, er taksten under Udvidet frit sygehusvalg faldet yderligere, således at den for øjeblikket er lavere end Region Midtjyllands aftalepris på 4.829 kr. Taksterne fremgår af nedenstående tabel.

	<b>Honorar 1. øje</b>	<b>Honorar 2. øje</b>
Privathospitaler uden ydernummer	4.676 kr.	3.600 kr.
Privathospitaler med ydernummer (2)	4.276 kr.	3.240 kr.

2) Nogle praktiserende speciallæger, der har et ydernummer i henhold til overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger, har ved siden af deres speciallægepraksis en ren privat forretning, hvor de har mulighed for at behandle patienter under Udvidet frit sygehusvalg (hvis de indgår en aftale med Danske Regioner), forsikringspatienter og egenbetalere.

Forskellen i taksten mellem privathospitaler der også har et ydernummer, og dem der ikke har skyldes, at en del af ydernummerindehavernes driftsomkostninger i forvejen er dækket af de honorarer, de modtager for de ydelser, de foretager i henhold til overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger.

Aftalerne med privathospitalerne genforhandles i foråret 2015, og i den forbindelse vil honoreringen sandsynligvist blive korrigeret.

Regionsrådet skal tage stilling til, om honoreringen for grå stær operationen i henhold til Region Midtjyllands aftale med øjenlægerne skal sættes ned til Udvidet frit sygehusvalg-niveauet, eller den eksisterende pris skal fastholdes, i første omgang indtil der er aftalt nye takster under Udvidet frit sygehusvalg.

Privathospitalerne, som i denne forbindelse stort set alle har et ydernummer, har i meget stor grad opsagt aftalerne under Udvidet frit sygehusvalg, da de finder honoreringen for lav.

Der er kun et privathospital vest for Storebælt (i Aalborg), der har indgået aftalen om Udvidet frit sygehusvalg for grå stær.

Hvis regionen beslutter at sætte prisen ned pr. 1. juli 2015, er der meget stor sandsynlighed for, at øjenlægerne opsiges de regionale aftaler, hvilket vil medføre store kapacitetsproblemer på øjenafdelingerne. De skal i givet fald overtage de ca. 7.000–7.500 årlige operationer.

Derudover vil en opsigelse af aftalerne medføre, at mange patienter får betydelig længere transport i forbindelse med operationerne.

### **Ventetider**

Ventetiden hos de praktiserende øjenlæger varierer meget, fra få uger og op til 40 uger, (de indberetter alene ventetiden til 1. konsultation for ikke-akutte patienter). Når patienten er blevet set af øjenlægen, og det er besluttet, at der skal foretages en grå stær operation, er ventetiden kort.

Ventetiden for grå stær operation på hospitalerne ses af nedenstående skema. Langt de fleste patienter har været hos en praktiserende øjenlæge først, da det sædvanligvist er øjenlæger, der ikke selv opererer for grå stær, som henviser til hospitalerne. Derfor skal ventetiden i praksissektoren lægges oven i ventetiden på hospitalerne.

	<b>1. undersøgelse</b>	<b>Behandling</b>
Regionshospitalet Randers	19 uger	1 uge
Regionshospitalet Silkeborg - Friklinikken	12 uger	7 uger
Aarhus Universitetshospital	36 uger	6 uger
Regionshospitalet Holstebro	40 uger	8 uger

## **BESLUTNING**

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud anbefaler direktionens indstilling til

forretningsudvalget.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 5: Forslag til regionens hørings svar til udkast til Praksisplan for fysioterapi (sag til forretningsudvalget)**

1-30-72-158-12

### **Bilag**

Praksisplan Høringsudkast

Forslag til regionens hørings svar til udkast til praksisplan for fysioterapi

# Forslag til regionens hørings svar til udkast til Praksisplan for fysioterapi (sag til forretningsudvalget)

## RESUME

---

Region Midtjylland og kommunernes fællessekretariat for det fysioterapeutiske praksisområde har udarbejdet et forslag til praksisplan for fysioterapi i regionen.

Samarbejdsudvalget for Fysioterapi har drøftet udkast til praksisplan for fysioterapi, og forslaget er sendt i høring til relevante parter, herunder de 19 kommuner i regionen.

Regionen har ligesom kommunerne mulighed for at give et hørings svar til praksisplanen.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

---

at regionens hørings svar godkendes.

## Sagsfremstilling

Ifølge overenskomsten for fysioterapi skal regionen og kommunerne udarbejde en fælles praksisplan for fysioterapi i regionen.

Praksisplanens formål er at sikre alle borgere i Region Midtjylland adgang til fysioterapeutiske tilbud af høj kvalitet. Planen skal danne grundlag for styring af kapacitet og økonomi på området. Desuden skal planen sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det resterende sundhedsvæsen.

Forslaget til praksisplan indeholder visioner for fysioterapien i praksissektoren samt beskrivelse af kapacitet, kvalitet og samarbejdet mellem praktiserende fysioterapeuter og det øvrige sundhedsvæsen. Praksisplanen indeholder en række anbefalinger, der skal arbejdes med i denne planperiode. Mange anbefalinger angår fortsat udvikling af den høje kvalitet, som fysioterapipraksis i regionen er kendt for. Implementering af faglige retningslinjer, indsamling af patienternes oplevelse af fysioterapibehandlingen, etablering af udviklingspraksis, styrkelse af forskning på det fysioterapeutiske område kan nævnes som eksempler på forestående initiativer. Derudover angår mange anbefalinger det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem fysioterapien, almen praksis, hospitaler og kommuner. Et samarbejde som er essentielt i opnåelsen af sammenhængende behandlingsforløb på patientens præmisser.

Forslaget til praksisplan er udarbejdet af en administrativ skrivegruppe med repræsentanter fra administrationen, praktiserende fysioterapeuter samt KOSU-sekretariatet (de midtjyske kommuners fælles sekretariat på sundhedsområdet).

Samarbejdsudvalget for fysioterapi har drøftet udkast til praksisplan for fysioterapi, og forslaget er sendt i høring til relevante parter, herunder de 19 kommuner i regionen.

Det forventes, at det endelige forslag til praksisplan kan sendes til godkendelse i byråd og regionsråd efter Samarbejdsudvalget for fysioterapi har behandlet det.

Der er vedlagt et hørings svar, der støtter praksisplanen og tilkendegiver, at regionen er indstillet på i samarbejde med kommunerne at holde fokus på, at udgifterne på området holdes i ro.

## BESLUTNING

---

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.



**Punkt 6: Orientering om benchmarkrapport i henhold til  
hensigtserklæringer i Budgetforlig 2014 og 2015 (sag til forretningsudvalget)**

1-31-72-196-13

**Bilag**

Benchmark B2014 Reumatologi og Gynækologi

# Orientering om benchmarkrapport i henhold til hensigtserklæringer i Budgetforlig 2014 og 2015 (sag til forretningsudvalget)

## RESUME

---

På baggrund af to hensigtserklæringer i henholdsvis Budgetforlig 2014 og 2015 har administrationen udarbejdet en benchmarkrapport af det reumatologiske og det gynækologiske speciale for patienttyper, der kan behandles både i speciallægepraksis og på et hospital.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

---

at benchmarkrapporten tages til orientering.

## Sagsfremstilling

I Budgetforlig 2014 indgår følgende hensigtserklæring om benchmark:

Der gennemføres benchmarkanalyser af henholdsvis det gynækologiske og det reumatologiske speciale, som indeholder gennemgang af aktiviteten og økonomien på hospitalerne og de praktiserende speciallæger i Region Midtjylland.

I relation hertil indgår følgende hensigtserklæring nr. 22 i Budgetforlig 2015:

Der gennemføres benchmarkanalyser af det reumatologiske og gynækologiske område i efteråret 2014 som opfølgning på Budgetforlig 2014. Forligspartierne ønsker, at resultaterne heraf anvendes aktivt til at forøge produktiviteten og effektiviteten indenfor disse områder. Resultaterne af disse analyser forelægges regionsrådet med henblik på konkret udmøntning.

I forlængelse af disse to hensigtserklæringer har administrationen udarbejdet vedlagte benchmarkrapport. Hovedkonklusionen på rapporten er, at analysen er forbundet med så mange forbehold, at den ikke kan bruges som grundlag til at flytte aktivitet mellem hospitalerne og de praktiserende speciallæger.

Udfordringerne i analysen bekræfter de erfaringer, KORA (Kommuners og Regioners Analyse og Forskning) gjorde sig i en landsdækkende analyse i 2012, hvor omkostningerne i 11 patientforløb i de to sektorer blev forsøgt sammenlignet.

## Benchmarkrapportens indhold

Speciallægepraksis og hospitalerne supplerer hinanden i regionens samlede varetagelse af specialiseret patientbehandling. De to parter varetager til dels forskellige typer af opgaver og har forskellige betingelser for at indrette deres drift.

Hospitalerne har en specialiseret og meget blandet aktivitet med både indlagte og ambulante patienter samt en høj akutandel, mens speciallægepraksis primært tager sig af en mere ensartet gruppe af mindre komplicerede ambulante patienter. Hospitalerne anvender tungere teknologi og uddanner sundhedsprofessionelle samt forsker, hvilket praktiserende speciallæger typisk ikke gør.

## Udfordringer

Udfordringerne med at udarbejde analysen kan sammenfattes i følgende: Hospitalerne og speciallægepraksis afregnes ikke og registrerer ikke på samme måde. De praktiserende speciallæger honoreres pr. ydelse og registrerer ikke diagnoser.

Det er således ikke muligt at trække oplysninger om, hvilke ydelser en patient med en bestemt diagnose har modtaget i speciallægepraksis. Hospitalerne afregnes på baggrund af DRG-systemet, der baseres på

landsgennemsnitlige omkostninger til behandlinger af patienttyper, der koster nogenlunde det samme at behandle. DRG-taksterne dækker også omkostninger til bygninger, regionsadministration, uddannelse, vagtberedskab etc. Det har de konsekvenser, at det dels ikke har været muligt at identificere helt ens patienttyper i de to regier, dels er det ikke muligt at sammenligne omkostningerne forbundet med de tilnærmelsesvis ensartede patienttyper direkte.

På trods af disse udfordringer er der forsøgt gennemført sammenligninger af økonomien. Økonomien er sammenlignet ved at forsøge at fastlægge regionens udgifter ved at få udført en ekstra af nogle bestemte behandlinger, der kan udføres begge steder.

#### *Det reumatologiske område*

Med ovennævnte forbehold in mente viser analysen, at der for de reumatologiske patientgrupper ikke er den store forskel på omkostningerne til behandling i de to regier.

#### *Det gynækologiske område*

På det gynækologiske område er der noget større forskel. Dette skyldes blandt andet, at der er særlige DRG-takster (gråzonetakster) for de relevante behandlinger. Det betyder, at behandlingen i hospitalsregi giver samme takst, uanset om patienten er indlagt eller behandles ambulant. Dermed giver den ambulante aktivitet en DRG-værdi, der er højere end de reelle omkostninger.

#### *Særlige forhold*

I rapporten skitseres en række forhold, der skal tages i betragtning, hvis det overvejes at flytte opgaver mellem speciallægepraksis og hospitaler. Blandt andet skal det bemærkes, at det kun er de alment praktiserende læger, der kan henvise patienter til praktiserende speciallæger, og at almen praksis suverænt selv bestemmer, om de vil henvise til hospital eller speciallægepraksis. Speciallægepraksis beslutter selv, hvilke behandlinger de vil tilbyde inden for overenskomstens rammer, og der er ingen krav til ventetiden. Det skal yderligere bemærkes, at der specielt inden for det reumatologiske speciale er meget få praktiserende speciallæger, og at begge specialer i denne analyse er udfordret af, at de praktiserende speciallæger primært er placeret i den østlige del af regionen.

Der gøres i rapporten også opmærksom på, at flere forhold end den rene omkostningsberegning spiller ind på de økonomiske konsekvenser af eventuelt at flytte opgaver. Hvis det eksempelvis er nødvendigt at oprette eller nedlægge en speciallægepraksis, vil det have økonomiske konsekvenser, der ligger ud over beregningen af de marginale omkostninger. En reduktion af aktiviteten på hospitalerne vil eksempelvis heller ikke altid udløse de forventede besparelser, fordi der skal være en vis speciallægebemanding af hensyn til vagtdækningen.

#### *Anbefaling*

Som nævnt er det vurderingen, at en analyse af denne art, der forsøger at sammenligne omkostningerne, ikke i sig selv giver et rimeligt grundlag for beslutninger om at flytte aktivitet mellem de to sektorer. Det er anbefalingen, at en beslutning i højere grad bør bygge på faglige såvel som patientmæssige hensyn. Det indgår i overvejelserne i forbindelse med spareplanen at undersøge mulighederne for at lave forsøg med udbud af opgaver, hvor både hospitaler og speciallægepraksis kan byde ind og der igennem få et bedre billede af økonomien.

### **BESLUTNING**

---

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 7: Orientering om Task Force for nære sundhedstilbud og sundhedsinnovation - årsrapport for 2014 (sag til forretningsudvalget)**

1-01-72-3-13

### **Bilag**

Årsrapport 2014

Virker innovationspuljer - artikel

# Orientering om Task Force for nære sundhedstilbud og sundhedsinnovation - årsrapport for 2014 (sag til forretningsudvalget)

## RESUME

---

Region Midtjylland har i fællesskab med kommuner og faglige organisationer nedsat Task Force for Nære Sundhedstilbud og Sundhedsinnovation med det formål at finde nye og radikalt anderledes løsninger på de udfordringer, som både regioner og kommuner står overfor på sundhedsområdet. Der er udarbejdet en årsrapport for arbejdet i 2014 i regi af Task Forcen. Rapporten er vedlagt til orientering.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

---

at orienteringen tages til efterretning.

## Sagsfremstilling

I fællesskab med kommuner, praksisområdet og faglige organisationer har Region Midtjylland nedsat "Task Force for Nære Sundhedstilbud og Sundhedsinnovation" med det formål at finde nye og radikalt anderledes løsninger på de udfordringer, som både regioner og kommuner står overfor på sundhedsområdet. Via innovation skal Task Force udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen. Task force bygger på en fælles erkendelse af, at vi er nødt til at handle og tænke radikalt anderledes, og at det ikke er tilstrækkeligt, at vi gør det hver for sig. Nye løsninger skal opfindes på tværs.

Der vedlægges en årsrapport for 2014 til orientering. Årsrapporten præsenterer kort de initiativer, Task Force har arbejdet med i 2014 herunder projekter, som skal afprøves i større målestok. Eksempelvis et fælles telemedicinsk servicecenter. Endvidere beskrives kort den læring og de erfaringer, som Task Force har gjort sig med arbejdet med innovation på tværs af sektorer. For en nærmere beskrivelse af denne læring vedlægges en artikel 'Virker Innovationspuljer' fra tidsskriftet 'Økonomistyring og Informatik'.

## BESLUTNING

---

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud anbefaler direktionens indstilling til forretningsudvalget.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 8: Udviklingsområder under Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis 2015-2018**

1-01-72-45-13

### **Bilag**

Udviklingsområder for KEU - 2015-2018

# Udviklingsområder under Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis 2015-2018

## RESUME

---

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget vedtog på mødet den 4. december 2014 et oplæg til udviklingsområder under Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget. Baggrunden er, at der de seneste par år er kommet relativt få ansøgninger fra praksis om kvalitetsudviklingstiltag. Det har været vigtigt, at rammerne for udviklingsområder inden for almen praksis tager afsæt i sundhedsplanen og sundhedsaftalen med respekt for de vilkår, der er gældende på almen lægeområdet.

## DIREKTIONEN INDSTILLER,

---

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

## Sagsfremstilling

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget får årligt tilført overenskomstfastsatte puljemidler til kvalitetsudvikling og efteruddannelse på ca. 9 mio. kr. Det har de seneste par år ikke været ansøgninger og tiltag i et omfang, der har gjort, at puljen årligt blev opbrugt.

Foranlediget af ønsker om at få midlerne ud at arbejde samt ønsket om nye temaer for udviklingsarbejdet i almen praksis efter den tidligere Visionsplan, har Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget vedtaget et revideret kommissorium, hvoraf det fremgår, at der skal tages initiativer til, at midlerne kommer i arbejde. Det kan ske ved, at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget af egen drift tager initiativer eller via den regionale praksiskvalitetsorganisation MidtKraft. Det indgår endvidere, at vi samtidig får aktiveret praksis i regionen, der har lyst til at arbejde med udviklingsprojekter. Der lægges op til at afsætte en pulje til, at praksis kan arbejde med at udvikle forprojekter til afprøvning i deres praksis, men med henblik på efterfølgende bredere implementering.

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget har herudover vedtaget et oplæg til udviklingsområder under Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget 2015-2018 (vedlagt). Der er blandt andet taget udgangspunkt i regionens sundhedsplan og sundhedsaftale.

Der er fastlagt tre overordnede temaer:

### **Patientinddragelse og lighed i sundhed**

Under dette tema er der fokuseret på en række patientgrupper, hvor der kan tages særlige tiltag til håndtering af disse populationer.

### **Samarbejde og sammenhæng i patientforløb**

Under dette tema er der fokuseret på udvikling af nye organisationsformer, der kan styrke sammenhængende og effektive behandlingsforløb med almen praksis, hospitaler og kommuner.

### **Den bedste kvalitet - hver gang på den rigtige måde**

Under dette tema er der fokuseret på en række tiltag, der kan kvalitetsudvikle i almen praksis til gavn for patienterne.

Udviklingsområderne vil blive meldt ud til alle praksis med opfordring til at komme med forslag til forprojekter, der kan bidrage til udvikling af almen praksis i Region Midtjylland som en del af det samlede sundhedsvæsen. Der planlægges afholdt møde i den østlige og den vestlige del af regionen for interesserede praksis. Det Regionale Kvalitetsteam for almen praksis, som drøfter mulige initiativer. Udviklingsområderne vil i det omfang, det er muligt blive koblet til de initiativer, der er iværksat i forhold til arbejdet med sundhedsplanen og temaer og emner i sundhedsaftalen.

Det rådgivende udvalg vil blive holdt orienteret om status for konkrete initiativer i forhold til de nye udviklingsområder.

Administrationen vil på udvalgsrådet give en kort mundtlig orientering.

## **BESLUTNING**

---

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud tog orienteringen til efterretning.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 9: Gensidig orientering**

1-01-81-5-12

# Gensidig orientering

## Sagsfremstilling

Gensidig orientering.

### **BESLUTNING**

---

Administrationen orienterede om verserende sag vedrørende privatpraktiserende psykiater.

Administrationen orienterede om lægedækningssituationen i Grenaa.

Marianne Carøe var forhindret i at deltage i sagens behandling.