

# REFERAT Forretningsudvalget d. 22-08-2011

**Mødedato** Mandag d. 22. august 2011 kl. 12:30

**Mødested** Konferencelokalet, Regionshuset Viborg, Skottenborg 26, 8800 Viborg

## **Indholdsfortegnelse**

Ændring af regionens bevillings- og kompetenceregler .....	3
Revision af de regionale servicemål på det somatiske område.....	7
Henvendelse fra Dansk Folkeparti vedrørende anvendelse af ADHD medicin og antidepressiv medi	12

# **Punkt 1: Ændring af regionens bevillings- og kompetenceregler**

1-21-78-1-11

## **Bilag**

Forslag til Bevillings- og kompetenceregler

# Ændring af regionens bevillings- og kompetenceregler

## Resume

Forretningsudvalget besluttede på sit møde den 15. august 2011 at udsætte behandlingen punktet. Sagen forelægges hermed med justeringer på baggrund af forretningsudvalgets indledende drøftelse på mødet den 15. august 2011.

I forbindelse med budgetlægningen 2012 samt initiativerne for en forøget økonomistyring i regionen fremlægges der forslag til ændring af regionens bevillings- og kompetenceregler.

I forbindelse med budgetlægningen 2012 samt initiativerne for en forøget økonomistyring i regionen fremlægges der forslag til ændring af regionens bevillings- og kompetenceregler. Ændring af bevillings- og kompetenceregler skal forelægges to gange for regionsrådet.

På regionsrådets budgetseminar den 10. august 2011 drøftedes reglerne herunder præciseringer af aktivitetsstyringen. Der vil således i forbindelse med regionsrådets 2. behandling kunne ske yderligere justeringer.

## Direktionen indstiller,

at ændringerne i vedlagte bilag om bevillings- og kompetencereglerne godkendes

Forretningsudvalget besluttede på sit møde den 15. august 2011 at udsætte behandlingen af ændringerne vedr. regionens bevillings- og kompetenceregler. Sagen forelægges hermed med justeringer på baggrund af Forretningsudvalgets indledende drøftelse på mødet den 15. august 2011.

Justeringerne fremgår af det reviderede bilag. Revideret tekst er anført med gennemstreget tekst og ny tekst er anført med grøn skrift.

Det skal særligt bemærkes vedr. rammebevillinger, at det nu fremgår af bevillings- og kompetencereglerne, at Regionsrådet altid skal godkende rammebevillingens formål og anvendelsesområde. Det skal i relation hertil bemærkes, at det udelukkende er på socialområdet, hvor muligheden for rammebevilling er udnyttet. Der er en rammebevilling til små vedligeholdelsesprojekter. Regionsrådet orienteres efterfølgende om den konkrete anvendelse af rammebevillingen.

I forbindelse med budgetlægningen 2012 samt initiativerne for en forøget økonomistyring i regionen fremlægges der forslag til ændring af regionens bevillings- og kompetenceregler.

### *Styringsprincipper i regionen*

Bevillingsstyringen er dels fastlagt i bevillings- og kompetencereglerne og dels de konkrete materielle forudsætninger for de enkelte bevillingsområder i budgettet.

I forbindelse med regionsrådets møder har der ved flere lejligheder været drøftelser af, hvad der styres efter i regionen.

På *sundhedsområdet* er den overordnede styring fastlagt ud fra en kombination af:

- Budgetstyring
- Aktivitetsstyring og produktionskrav

- Styring efter fastlagte servicemål, og
- Styring efter fastlagte kvalitetsmål

Styringen af det udgiftsbaserede drifts- og anlægsbudget, herunder reglerne om overførsler mellem budgetår, sker i henhold til bevillings- og kompetencereglerne.

I forhold til aktivitetsstyring og kravene til produktivitet på sundhedsområdet fastlægges der generelle styringsparametre gældende for henholdsvis det somatiske område, psykiatrien, præhospitalet og nære sundhedstilbud.

Styringen efter generelle parametre er hensigtsmæssig, da det sikrer bevillingshaverens muligheder for en fleksibel og økonomisk rationel tilrettelæggelse af driften. Det bør undgås, at der i styringen indarbejdes uhensigtsmæssige mål for kapacitet, f.eks. antal senge. Et sådant mål vil utilsigtet kunne modvirke den ønskede omstilling fra stationære til mere ambulante behandlingsformer.

Der har i forretningsudvalget været en drøftelse af, hvorvidt oplysninger om et bestemt antal senge på en bestemt geografisk matrikel til en bestemt behandling er bindende for administrationens styring. Oplysninger om antal senge er en god parameter som forudsætning for økonomiske beregninger. Men det er et tvivlsomt styringsparameter, idet ændringer blot kan reguleres i opgørelse af belægningsprocenten, dvs. at der er flere eller færre "tomme" senge.

Administrationen havde til budgetseminaret den 10. august 2011 udarbejdet forslag til generelle parametre for aktivitetsstyring og krav til produktivitet. Det er hensigten, at der ikke anvendes andre styringsparametre end de valgte, med mindre regionsrådet i konkrete sager aktivt beslutter andre parametre.

På det regionale udviklingsområde er styringen mere rammestyret ud fra de fastlagte økonomiske rammer. Styringen er herudover suppleret med en høj grad af projektstyring i forbindelse med konkrete projekter samt aftaler mellem forskellige myndigheder og private aktører.

På socialområdet er styringen primært tilrettelagt efter pladser, takster og servicemål.

#### *Evt. budgetlov og lov om kommunal og regional pligt til konkurrenceudsættelse*

I forhold til en eventuel vedtagelse af budgetloven og lov om kommunal og regional pligt til konkurrenceudsættelse, må det forventes, at dette vil medføre ændringer af bevillings- og kompetencereglerne. I det der endnu ikke foreligger lovforslag mv., er dette endnu ikke indarbejdet.

#### *Ændring af bevillings- og kompetencereglerne*

For at sikre tidssvarende bevillings- og kompetenceregler og for at foretage den nødvendige tilpasning til den nye organisation efter vedtagelsen af "Omstillingsplan til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" foreslås der nedenstående ændringer af bevillings- og kompetencereglerne i regionen.

I vedhæftede forslag til bevillings- og kompetenceregler fremgår administrationens forslag til ændringer.

Der foreslås følgende ændringer:

- I "1.2 Generelle kompetenceregler" indsættes afsnit om bevillingshaverens styringsmuligheder i forhold til bevillingsmæssige og materielle forudsætninger.
- I "1.3 Økonomi- og kvartalsrapportering" indsættes afsnit om proces i forbindelse økonomi- og kvartalsrapportering.
- I "1.4 Anlægsbevillinger" indsættes afsnit om byggeomkostningsindekset og ændring af metoden for pris- og lønreguleringen af anlægsprojekter.

- I "1.10 Budgetomplaceringer inden for bevillinger" indsættes afsnit om fællesudgifter og indtægter på somatik og fællesudgifter og indtægter på psykiatri.
- I "1.10 Budgetomplaceringer inden for bevillinger" fjernes afsnit om særlige disponeringsregler for bevillingen "Regionshospitaller m.v.", særlige disponeringsregler for bevillingen "Behandlingspsykiatrien" og særlige disponeringsregler for bevillingen "Socialområdet".
- I "1.11 Overførselsregler" under "Drift" indsættes sætning om, at overførslerne på sundhedsområdet og det regionale udviklingsområde er udgiftsbaseret, og overførslerne på socialområdet er omkostningsbaseret.
- I "1.13 Bevillingsoversigt for hovedkonto 1-5" under "Socialområdet" indsættes sætning om, at det på socialområdet gælder, at der ikke må flyttes mellem udgifter og omkostninger medmindre, der er en godkendt tillægsbevilling.

I "1.13 Bevillingsoversigt for hovedkonto 1-5" under "Øvrige områder" indsættes sætning om, at socialrådets tilbud finansieres gennem objektiv finansiering, hvor kommunerne dels medfinansierer tilbud efter deres andel af unge og dels efter deres brug af pladser på disse tilbud.

Indstillingen blev tiltrådt, idet det tydeliggøres i bevillings- og kompetencereglerne, at ændringer af strukturel karakter (funktionsændringer) mellem hospitalerne vil fremgå tydeligt i et resume i budgetbemærkningerne.

Jette Skive, Conny Jensen og Andreas Steenberg var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Punkt 2: Revision af de regionale servicemål på det somatiske område**

1-36-72-10-09

### **Bilag**

Rev. servicemå - august 2011

# Revision af de regionale servicemål på det somatiske område

## Resume

De gældende servicemål for det somatiske sundhedsvæsen blev vedtaget af regionsrådet i 2007. Det foreslås, at regionsrådet reviderer servicemålene på det somatiske område med henblik på at sikre, at servicemålene fortsat sikrer ens høj service, rettidig behandling og sammenhæng i forløbet, samtidig med at de tilpasses nuværende forhold, lovgivning og regionale fokusområder. Desuden foreslås nye servicemål for regionens akutafdelinger og -klinikker.

## Direktionen indstiller,

at forslaget til revision af de somatiske servicemål, herunder forslag til nye servicemål, godkendes. Sagen er udsat fra forretningsudvalget møde den 15. august 2011.

De regionale servicemål for det somatiske sundhedsvæsen blev vedtaget af regionsrådet den 28. marts 2007 i forbindelse med vedtagelsen af Kvalitetsstrategien 2007-09 på sundhedsområdet i Region Midtjylland. Det foreslås, at regionsrådet nu reviderer servicemålene på det somatiske område med henblik på at sikre, at servicemålene fortsat sikrer ens høj service, rettidig behandling og sammenhæng i forløbet samtidig med at de tilpasses nuværende forhold, lovgivning og regionale fokusområder. Revisionen af servicemålene indarbejdes i budgettet for 2012.

I vedlagte bilag er servicemålene gennemgået, som de foreligger nu, inklusive servicemål for psykiatri og social samt for det præhospitalt område. Servicemålene for psykiatri og præhospital videreføres. Der bør på sigt etableres mere dækkende servicemål for den primære sektor, og en harmonisering af servicemålene for somatikken og psykiatrien bør tilstræbes.

I vedlagte bilag er servicemålene på det somatiske område nærmere beskrevet, og der er angivet en anbefaling i forhold til eventuelle ændringer. Der er således udelukkende tale om en revision af servicemålene for det somatiske område. I nedenstående tabel vises en opsummering af servicemålene på det somatiske område samt de foreslåede ændringer. Servicemålene er opdelt efter, hvorvidt de foreslås videreført uændret, foreslås ændret eller foreslås udgået. Til sidst foreslås de nye servicemål på akutområdet. Der skelnes mellem to slags mål – et servicemål og et monitoreringsmål. For servicemål gælder generelt en målopfyldelse på 100 %, dvs. at alle patienter med rette kan forvente at modtage samme service.

I de tilfælde hvor man ved hjælp af sundhedsdata ønsker at følge op på, om servicemålet overholdes, iværksættes en monitorering. Ved monitorering har den menneskelige faktor stor indflydelse, dvs. at resultatet er sårbart over for f.eks. fejlregistreringer og særlige forhold såsom multisygdom. Monitoreringer kan ikke altid tage højde for alle disse forhold, og derfor vil monitoreringsmål oftest ligge under servicemålets 100 % målopfyldelseskrav. For at tage højde for dette vil der ved opfølgning på monitoreringsmålene også følges op på eventuelle særligt lange forløb med henblik på at sikre, at en overskridelse er velbegrunderet og faglig forsvarlig.

### Servicemål, der foreslås videreført uændret

**1. Patienter, der indkaldes til behandling, skal have meddelt tidspunkt for forundersøgelse/ behandling senest 8 dage efter henvisningsdatoen. Nationalt servicemål.**

Videreføres uændret.

- Monitoreringsmål: 95 %

**2. Patienter skal tilbydes behandling, således**

Videreføres uændret. Det blev på

at behandlingen påbegyndes senest 1 måned efter henvisningsdatoen. Nationalt servicemål. Visse behandlingsområder er undtaget fra behandlingsfristen på 1 måned.

- Monitoreringsmål: 90 %

**3. Ventetid ved telefonisk henvendelse til lægevagten** Regionalt servicemål. Alle telefoniske henvendelser besvares så vidt muligt af en læge inden for 5 minutter.

- Monitoreringsmål: 90 %

**4. Ventetid for lægevagten hjemmebesøg** Regionalt servicemål. Sygebesøg aflægges inden for 3 timer.

- Monitoreringsmål: 90 %

**5. Ventetid i konsultationen i lægevagten** Regionalt servicemål. Patienterne tilses senest 1 time efter ankomsten til konsultationsstedet.

- Monitoreringsmål: 90 %

## **Servicemål, der foreslås ændret**

Gældende servicemål

**6. Patienter med livstruende sygdomme, dvs. kræftpatienter og patienter med iskæmisk hjertesygdom** Nationale servicemål. En nærmere beskrivelse af de hidtidige servicemål kan ses af bilaget.

**7. For elektive patienter må der højst gå 2 uger mellem henvisningsdato og forundersøgelse** Regionalt servicemål.

- Monitoreringsmål: 90 %

**8. Planlagte undersøgelser/behandlinger/operationer må så vidt muligt ikke aflyses af hospitalet.** Regionalt servicemål.

- Monitoreringsmål: 95 %

**9. Ventetiden på ambulatorier og skadestuer må maksimalt være 30 minutter.** Regionalt servicemål.

- Monitoreringsmål: 95 %

mødet i forretningsudvalget den 15. august drøftet hvorvidt monitoreringsmålet skulle hæves, men det blev vurderet, at målet indtil videre bibeholdes på 90 %

Videreføres uændret\*.

Videreføres uændret\*.

Videreføres uændret\*.

Forslag til ændringer

De hidtidige servicemål udgår og erstattes af kravene i de nationale pakkeforløb for hjerte- og kræftpatienter. Nyt monitoreringsmål: 90 % af patienterne kommer til inden for de fagligt begrundede forløbstider anført i pakkerne.

Der monitoreres på de patientforløb, hvor der udføres forundersøgelse.

- Monitoreringsmål: 90 %

Der monitoreres på aftalte, elektive undersøgelser, behandlinger og operationer, der registreres via Bookplan i MidtEPJ.

- Monitoreringsmål: 95 %

Monitoreringen fastholdes for ambulatorier, og der igangsættes et arbejde med registreringen af disse ventetider. Denne registrering sker ikke i dag. Servicemål for ventetid på skadestuer erstattes af de foreslåede servicemål for akutklinikker og

**10. Udskrivningsbrev/lægebrev skal sendes til den praktiserende læge senest 3 hverdage\*\* efter udskrivningen.** Regionalt servicemål, men overensstemmende med Den Danske Kvalitetsmodel.

**11. Patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter et hospitalsforløb skal have tilbudt en genoptræningsplan (skriftlig) senest i forbindelse med udskrivningen.** Nationalt servicemål (jf. BEK nr. 1266 af 05/12/2006).

- Monitoreringsmål: 95 %

### **Service mål, der foreslås udgået**

**12. De elektive patienter skal senest 8 dage efter forundersøgelsen have besked om dato og tidspunkt for behandling.** Regionalt servicemål.

- Monitoreringsmål: 95 %

**13. Udskrivninger, der medfører efterfølgende opfølgningstilbud i primærsektoren, skal aftales med primærsektoren senest på udskrivningsdagen.** Regionalt servicemål, jf. sundhedsaftalerne.

- Monitoreringsmål: 95 %

### **FORSLAG TIL NYE SERVICEMÅL**

**14. Servicemål for regionens akutafdelinger**  
Regionalt servicemål:

1. *Alle patienter henvist til akutafdelingen triageres ved ankomst*

**15. Servicemål for regionens akutklinikker.**  
Regionalt servicemål.

1. *En times ventetid (fra ankomst) for at komme i gang med behandlingen.*

- Monitoreringsmål 90 %

akutafdelinger (se senere).

Strategisk Sundhedsledelsesforum anbefaler, at servicemålet ændres fra 3 til 2 hverdage.

- Nyt monitoreringsmål: 95 %

Der foreligger i dag ikke registreringer, der fastlægger nævneren, dvs. det registreres ikke hvor mange patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Det er således ikke muligt at monitorere på servicemålet i øjeblikket. Det foreslås at servicemålet udgår i 2012, men at der i forbindelse med implementeringen af MidtEPJ sikres en fremtidig registrering, som muliggør en monitoreringen.

Service målet udgår. Det vurderes, at servicemålet er dækket ind af servicemål 1 og 2, hvor patienter ifølge Sundhedsloven skal have meddelt tidspunkt for forundersøgelse/behandling senest 8 dage efter henvisning samt tilbydes behandling senest 1 måned efter henvisning.

Monitoreres ikke, da der ikke foreligger tilgængelige registreringer. Det foreslås at servicemålet udgår.

Efter triageringen prioriteres akutafdelingens indsats efter det akutte tilfældes hastegrad. For patienter uden hastende karakter gælder samme servicemål som for regionens akutklinikker (jf. servicemål 15, samt beskrivelsen i bilaget).

Målsætningen er foreløbigt sat til 90 % for akutklinikkerne. Da monitorering og målsætning er under iværksættelse, følges disse tæt, og der kan eventuelt blive tale om en revurdering

\*Servicemål for lægevagten revurderes efter drøftelse med de praktiserende læger, når en eventuel ny aftale om akutområdet har haft lejlighed til at fungere i en periode.

\*\*For at modsvare kravene i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) blev målet ændret i maj 2010.

Indstillingen blev tiltrådt, idet servicemålet for ventetid på skadestuerne og akutklinikkerne i Holstebro og Silkeborg fastsættes til 30 min. På de øvrige akutklinikker (udenfor hospitalerne) fastsættes servicemålet til 1 time. Servicemålene vedrørende akutklinikkerne evalueres om et år.

I forhold til patienter med livstruende sygdomme (nr. 6 i sagsfremstillingen) er det et politisk ønske at kunne hæve servicemålet til, at 95 % af patienterne kommer til inden for de fagligt begrundede forløbstider anført i de nationale pakkeforløb. I første omgang afventer regionsrådet en faglig udredning af mulighederne herfor, før der tages endelig stilling til servicemålet inden året udgang.

Jette Skive, Conny Jensen og Andreas Steenberg var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Punkt 3: Henvendelse fra Dansk Folkeparti vedrørende anvendelse af ADHD medicin og antidepressiv medicin**

0-9-2-11

# Henvendelse fra Dansk Folkeparti vedrørende anvendelse af ADHD medicin og antidepressiv medicin

## Resume

Regionsrådsmedlem Anders P. Vistisen har på vegne af Dansk Folkeparti anmodet om, at der på dagsordenen optages en sag om anvendelse af ADHD medicin og antidepressiv medicin i Region Midtjylland.

## Direktionen indstiller,

at henvendelsen fra Dansk Folkeparti vedrørende anvendelse af ADHD medicin og antidepressiv medicin drøftes. På vegne af Dansk Folkeparti har regionsrådsmedlem Anders P. Vistisen i henvendelse af 16. august 2011 anmodet om, at der på dagsordenen optages en sag vedrørende anvendelse af ADHD medicin og antidepressiv medicin i Region Midtjylland. Regionsrådsmedlem Anders P. Vistisen anfører i henvendelsen:

”Jeg har i dag i TV2 News set, at antallet af borgere på ADHD medicin og antidepressiv medicin er markant højere her i regionen end landsgennemsnittet. Derfor vil jeg på vegne af Dansk Folkeparti i regionen bede om, at få følgende sag på regionens dagsorden:

Regionen vil tage kontakt til Sundhedsstyrelsen for bidrag til den bebudede udredning af området og for at udvide udredningen til også at omfatte en kritisk gennemgang af antallet af henvisninger til psykiatrisk udregning af børn og unge.

Regionsrådet vil, når sundhedsstyrelsens anbefalinger ligger klar, indgå i en dialog med de privatpraktiserende læger for at drøfte deres praksis indenfor psykisk sygdom særligt hos børn.

I denne forbindelse ønsker regionsrådet særligt at undersøge om udskrivningen af medicin og antallet af henvisninger til udredning er lægefagligt hensigtsmæssig.

## Begrundelse:

Med den eksplosive stigning indenfor området for udskrivning af henvisninger til udredning er det på tide at indgå i en kritisk dialog om hensigtsmæssigheden af denne eksplosion af ydelser. Særligt når man har i tankerne, at rigtig mange enten bliver afvist fordi de ikke har nogen psykisk sygdom eller bliver taget af den receptpligtige medicin grundet fejlmedicinering.”

Indstillingen blev tiltrådt.

Jette Skive, Conny Jensen og Andreas Steenberg var forhindrede i at deltage i sagens behandling.