

# REFERAT Praksisplanudvalg d. 05-09-2018

**Mødedato** Onsdag d. 05. september 2018 kl. 14:00

**Mødested** Regionshuset Viborg, Konference 1

## Indholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Mødedeltagere.....  | 3  |
| Gensidig orientering.....   | 4  |
| Mødeplan for 2019.....  | 5  |
| Temadrøftelse om lægedækning.....   | 6  |
| Den nationale model til bestemmelse af lægedækningstruede områder.....                        | 8  |
| Lægedækningstruede områder september 2018.....  | 11 |
| Rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning på bosteder.....                                     | 13 |
| Perspektiverne i en lokalaftale om blodsukkermålinger i almen praksis.....                    | 14 |
| Aftale om udrykningslæger.....  | 16 |
| Permanentgørelse af almen praksis' brug af afføringsprøver ( iFOBT) i Region Midtjylland..... | 17 |
| Studietur i 2019.....   | 19 |
| Den nære psykiatri.....   | 20 |
| Orientering om status og kommissorium for arbejdsgruppe om rammer for samarbejdet om kommu    | 22 |
| Opdateret forløbsprogram for lænderygsmærter.....   | 23 |
| Eventuelt.....  | 25 |

# Punkt 1: Mødedeltagere

1-01-72-35-17

## Sagsfremstilling

Fra kommunerne:

Viceborgmester Frank Heidemann, Ikast-Brande  
Byrådsmedlem Mette Nielsen, Viborg (afbud)  
Viceborgmester Benny Hammer, Norddjurs  
Byrådsmedlem Jens Kristian Hedegaard, Holstebro  
Viceborgmester Claus Wistoft, Syddjurs  
Direktør Mette Andreassen, Viborg Kommune (afbud)  
Direktør Helle Bro, Holstebro Kommune  
Direktør Karen Heebøll, Ikast-Brande Kommune  
Konsulent Jonna Holm Pedersen, KKR-sekretariatet  
Specialkonsulent Sine Møller Sørensen, KOSU-sekretariatet

Fra PLO Midtjylland:

Formand for PLO Midtjylland Lise Høyer  
Næstformand for PLO Midtjylland Henrik Kise  
Medlem Bruno Melgaard Jensen  
Chefkonsulent Lisbeth Trøllund

Fra Region Midtjylland:

Regionsrådsmedlem Else Kayser (formand) (afbud)  
Regionsrådsmedlem Birgit Christensen  
Regionsrådsmedlem Finn Thranum (næstformand)  
Vicedirektør Rikke Skou Jensen, Sundhedsplanlægning (afbud)  
Kontorchef Anne Birgitte Jæger, Koncern Økonomi  
Kontorchef Dorthe Klith, Sundhedsplanlægning  
Specialkonsulent Randi Nedergaard-Hansen, Sundhedsplanlægning (referent)

## Beslutning

Der var afbud fra Mette Nielsen, Mette Andreassen, Else Kayser og Rikke Skou Jensen.

## **Punkt 2: Gensidig orientering**

1-01-72-35-17

### **Beslutning**

Finn Thranum orienterede kort om, at der var indgået aftale om budget 2019 for Region Midtjylland.

## **Punkt 3: Mødeplan for 2019**

1-01-72-35-17

### **Resume**

Der er planlagt fire møder i Praksisplanudvalget i 2019.

### **Administrationen indstiller,**

at udvalget godkender mødeplanen for 2019.

### **Sagsfremstilling**

Praksisplanudvalgets møder i 2019 foreslås afholdt på følgende datoer:

- 6. marts 2019
- 27. maj 2019
- 4. september 2019
- 26. november 2019

### **Beslutning**

Mødeplan for 2019 blev som indstillet godkendt.

## Punkt 4: Temadrøftelse om lægedækning

1-30-72-130-15

### Resume

På temadrøftelsen om lægedækning i almen praksis vil udvalget blive præsenteret for forskellige vinkler på problematikkerne vedr. lægedækning, herunder oplæg fra Holstebro kommune og en yngre, nynedsat læge. Desuden præsenteres de overvejelser Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget har gjort sig, om fremtidige tiltag.

Der gives endvidere en skriftlig status på Region Midtjyllands ansøgninger om midler fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til etablering af læge- og sundhedshuse i samarbejde med en række midtjyske kommuner.

### Administrationen indstiller,

- at udvalget drøfter og supplerer de aktuelle og foreslåede aktiviteter på lægedækningsområdet
- at udvalget tager orienteringen om status på ansøgning om midler fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til etablering af læge- og sundhedshuse til efterretning

### Sagsfremstilling

Praksisplanudvalget har ønsket en gennemgang af initiativer på området for lægedækning i almen praksis, efterfulgt af en drøftelse af muligheder for at understøtte rekrutteringen.

En af visionerne i praksisplanen for almen praksis er at sikre en lægedækning i regionen, som betyder, at borgerne kan tilmeldes en praksis i nærheden af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin. Af praksisplanen fremgår det derfor, at der skal tages initiativer for at sikre en ligelig fordeling af lægekapaciteten i regionen, som tager højde for antallet af patienter og patienternes sundhedstilstand, og som dermed bidrager til at sikre lighed i sundhed. Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget (tværsektorielt administrativt forum) afholdte i februar 2018 en workshop, hvor der blev diskuteret og identificeret ideer til fremtidige rekrutteringstiltag for almen praksis i Region Midtjylland. I workshoppen deltog ud over regionen PLO-Midtjylland, Forum for Yngre Almen Medicinere og kommunale repræsentanter fra Struer og Lemvig. På Praksisplanudvalgsmødet vil der være en kort præsentation af de resultater og overvejelser, der kom ud af workshoppen om fremtidige lægedækningsaktiviteter. Direktør Helle Bro fra Holstebro kommune vil fortælle om et forløb kommunen afholder, som skal sikre, at de medicinstuderende præsenteres for kommunen og området, og endelig vil en yngre, nynedsat læge fortælle om sine overvejelser om, hvad der kan gøre det attraktivt at slå sig ned som praktiserende læge.

Herefter lægges der op til drøftelse om, hvilke muligheder region, kommuner og PLO-M i fællesskab har for at bidrage til at gøre det attraktivt at være praktiserende læge i alle dele af regionen. Arbejdsgruppen tager dette input med i det videre arbejde.

Det videre arbejde består dels i en konkretisering og juridisk afklaring af udvalgte tiltag samt en endelig prioritering. Efterfølgende fremlægger arbejdsgruppen et samlet forslag til fælles initiativer mellem parterne, til vedtagelse i Praksisplanudvalget.

Endvidere kan det orienteres om, at Region Midtjyllands strategi for lægedækning i almen praksis er blevet opdateret og udvidet, så den fastsætter en politisk retning for området, er tilpasset ny lovgivning og overenskomst, og i endnu højere grad kan bruges som et administrativt grundlag for administrationens daglige sagsbehandling. Strategien, der blev vedtaget på regionsrådet den 27. juni 2018, ligger i forlængelse af ambitionerne i Praksisplanen fra 2015, hvor det præciseres, at praksisplanudvalget ønsker at sikre såvel nærhed som kontinuitet i lægebetjeningen i Region Midtjylland.

### Status på ansøgning om midler fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til etablering af læge- og sundhedshuse

Region Midtjylland har i samarbejde med en række midtjyske kommuner søgt midler fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til etablering og udbygning af læge- og sundhedshuse. Region Midtjylland søgte i første halvdel af 2018 midler til ti projekter, hvoraf der blev givet tilsagn om delvis finansiering til fire projekter. Region Midtjylland er i alt blevet tildelt 27,52 mio. kr. Herudover har en række kommuner i Midtjylland søgt puljen, hvorfor kommuner og regionen tilsammen har fået tildelt 41,5 mio. kr.

Region Midtjylland har fået tilsagn om delvis finansiering til projekter i henholdsvis Lemvig, Skive, Skanderborg og Aarhus. I Lemvig er der givet delvis tilskud til udbygning af lokaler til almen praksis samt videokonferenceudstyr. Projektet er blevet tilpasset samtidigt med at regionen finansierer 1 mio. kr. ekstra til projektet. I Skive

Sundhedshus er der givet finansiering til etablering af åndedrætsklinik samt videokonferenceudstyr. I Aarhus er der givet delvis tilskud til bl.a. Psykiatriens Hus samt flerlægepraksis på Marselisborg Centret. Regionsrådet har godkendt projektet om Psykiatriens Hus. Restfinansieringen deles ligeligt mellem Aarhus Kommune og regionen. Der arbejdes fortsat på en afklaring i forhold til flerlægepraksis på Marselisborg Centret. I Skanderborg Sundhedshus er der givet delvis finansiering til udvidelse af bl.a. lægeklinik. Her arbejdes der pt. med at afdække andre finansieringsmuligheder.

## **Beslutning**

Praksisplanudvalget tog orienteringen om de aktuelle og forslåede aktiviteter på lægedækningsområdet til efterretning og drøftede forskellige initiativer.

Praksisplanudvalget ønsker at følgende input tages med i det videre arbejde:

- Mentorordning - se på hvilke eksisterende rådgivningstilbud som vi har i forvejen, til eksempel iværksætterrådgivning.
- Tidlig indsats allerede i uddannelsesforløbet.
- Praktik forløb i tilknytning til en kommune inspireret af tiltaget i Holstebro Kommune.

Praksisplanudvalget tog orienteringen om status på ansøgning om midler fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til etablering af læge- og sundhedshuse til efterretning.

## **Punkt 5: Den nationale model til bestemmelse af lægedækningstruede områder**

1-01-72-35-17

### **Resume**

I forhandlingsaftalen mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation blev det aftalt, at der etableres en central ordning til differentieret basishonorar til praktiserende læger i lægedækningstruede områder. Danske Regioner har efterfølgende vedtaget en model, som skal bruges til at udpege de lægedækningstruede områder og dermed hvilke konkrete praksis, der skal have del i de 24. mio. kr. afsat til lægedækningstruede områder.

### **Administrationen indstiller,**

at Praksisplanudvalget tager orienteringen til efterretning.

### **Sagsfremstilling**

Det er med overenskomsten mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation blevet bestemt, at etablere en central ordning på 60 mio. kr. til differentieret basishonorar. Heraf skal 36 mio. kr. udbetales på baggrund af patienttyngden i praksis og 24 mio. kr. udbetales til praktiserende læger beliggende i lægedækningstruede områder. Der er således tale om to typer af differentieret basishonorar.

Til fordeling af de 24 mio. kr. til lægedækningstruede områder, er der udarbejdet en national model, som udpeger de lægedækningstruede områder og dermed hvilke konkrete praksis, der skal have del i midlerne. Denne model vil blive beskrevet i det følgende.

### **Modellen til udpegning af lægedækningstruede områder**

Modellen er udarbejdet på nationalt niveau i regi af Danske Regioner.

I den valgte model er der stort fokus på udbudsklinikker, regionsklinikker og lignende (også kaldet tilbud i henhold til sundhedsloven), da et område med denne type klinikker kan indikere, at det kan være svært at tiltrække nye læger til området. Derudover bliver der i modellen også taget højde for lægens alder, socioøkonomi og omfanget af praksishandler. I områder med mange ældre læger ved man, at der inden for nogle år vil blive behov for at rekruttere nye læger. Socioøkonomi fortæller om, hvor mange borgere i et område, der er på udvalgte overførselsindkomster (førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse i mere end 0,5 år) og indgår, fordi disse borgere ofte har et stort træk på sundhedsydelser i almen praksis. Praksishandler i et område kan indikere, at det er muligt at tiltrække læger til området, og kriteriet om praksishandler fungerer derfor som en modvægt til de tre andre kriterier.

I figur 1 er de lægedækningstruede områder markeret med mørkerød.



Figur 1 Kort over lægedækningstruede områder

I Region Midtjylland vil følgende lægedækningsområder blive udpeget som lægedækningstruet

- Spøttrup (Spøttrup)
- Havndal (Havndal og Gjerlev J)
- Glesborg (Glesborg og Ørum Djurs)
- Lemvig (Lemvig, Bøvlingbjerg og Bækmarksbro)
- Allingåbro (Allingåbro og Ørsted)
- Samsø (Samsø).

### Finansiering af det differentierede basishonorar

Finansieringen af de 60 mio. kr. til begge typer af differentieret basishonorar vil, når ordningen er fuldt implementeret i 2020, findes ved at 60 mio. kr. af midlerne til det almindelige basishonorar reserveres til brug for det differentierede basishonorar. I en treårig overgangsperiode deles finansieringen dog mellem midlerne fra det almindelige basishonorar og staten. Staten giver således 40 mio. kr. i det 1. år, 30 mio. kr. i det 2. år, og 20 mio. kr. i det 3. år. Efter denne overenskomstperiode vil det differentierede basishonorar være fuldt finansieret af midler fra det almindelige basishonorar. I tabel 1 kan man se finansieringen af det differentierede basishonorar i denne overenskomstperiode og efterfølgende.

| (Mio. kr.)                              | 2018 | 2019 | 2020 | Ny OK |
|---|------|------|------|-------|
| Midler fra det alm. basishonorar        | 20   | 30   | 40   | 60    |
| Midler fra staten                       | 40   | 30   | 20   | 0     |
| I alt til puljen for diff. basishonorar | 60   | 60   | 60   | 60    |

Tabel 1 Finansiering af differentieret basishonorar i denne overenskomstperiode og efterfølgende

Den økonomiske fordeling af de 24 mio. kr. til lægedækningstruede områder jf. ovenstående valgte model, bliver som vist i tabel 2 nedenfor.

**LÆGEDÆKNINGSTRUEDE OMRÅDER, UDBETALING FORDELT PÅ REGIONSLEVEL**

| REGION             | Antal læger | Antal tilmeldte sik-<br>rede | Beløb (kr.)       |
|--------------------|-------------|------------------------------|-------------------|
| REGION NORDJYLLAND | 68          | 112.125                      | 5.121.870         |
| REGION MIDTJYLLAND | 25          | 35.604                       | 1.626.391         |
| REGION SYDDANMARK  | 55          | 68.842                       | 3.144.703         |
| REGION HOVEDSTADEN | 40          | 61.394                       | 2.804.478         |
| REGION SJÆLLAND    | 141         | 248.828                      | 11.366.463        |
| <b>SAMLET</b>      | <b>329</b>  | <b>526.793</b>               | <b>24.063.904</b> |

Tabel 2 Økonomisk fordeling for den valgte model

I tabel 2 kan det ses, at Region Midtjylland får 1,6 mio. kr. Resultatet er et udtryk for, at lægedækningsudfordringerne i Region Midtjylland er relativt mindre end i resten af landet.

De nationalt udpegede lægedækningstruede områder er gældende i 3 år og den første udbetaling af det differentierede basishonorar på baggrund af ovenstående model fandt sted den 1. juli 2018.

## Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

# Punkt 6: Lægedækningstruede områder september 2018

1-01-72-40-14

## Resume

Lægedæknings- og Rekrutteringsudvalget indstiller til Praksisplanudvalget hvilke aktuelle områder, der på baggrund af kapacitetsdimensioneringsmodellen, lokal viden og aktuelle sager skal kategoriseres som henholdsvis lægedækningstruede områder og opmærksomhedsområder. Listen er gældende fra vedtagelsen i Praksisplanudvalget til den næste liste vedtages. Listen over Lægedækningstruede områder og Opmærksomhedsområder opdateres halvårligt.

## Administrationen indstiller,

at Praksisplanudvalget godkender listen over lægedækningstruede- og opmærksomhedsområder.

## Sagsfremstilling

I forbindelse med at Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation har indgået en ny overenskomst om almen praksis, som er gældende fra 1. januar 2018, er det fremadrettet væsentligt at skelne mellem to typer af lægedækningstruede områder, henholdsvis:

1. Den nationale model til udpegning af lægedækningstruede områder, som over en treårig periode allokerer midler via det differentieret basishonorar til lægedækningstruede områder, på baggrund af en objektiv model udarbejdet af repræsentanter fra alle fem regioner.
2. De lægedækningstruede områder, som udnævnes i praksisplanen/af praksisplanudvalget og som får adgang til delepraksis, bedre adgang til ansættelser af uddannelseslæger og speciallæger, samt forbedret mulighed for refusion i forbindelse med ansattes sygdom, barsel mv. Udpegning af lægedækningstruede områder foretages halvårligt og med indstilling fra Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget, deriblandt PLO-M (Praksisplan for almen praksis 2016 s. 11-17).

Praksisplanudvalget udnævner lægedækningstruede områder, som skal tildeles rettigheder (2), men har ikke nogen rolle i forhold til at udnævne de nationale lægedækningstruede områder, som allokerer midler via det differentieret basishonorar (1).

I henhold til den regionale model er der blevet foretaget ændringer i lægedækningsområderne siden praksisplanudvalget i 2017 sidst udnævnte områder som lægedækningstruede og opmærksomhedskrævende.

Ændringer af lægedækningsområderne er foretaget med udgangspunkt i områder med eget postnummer og minimum tre kapaciteter, i overensstemmelse med den nationale model. Dette gælder især øer, som er blevet selvstændige lægedækningsområder, fordi de er særligt udsatte i lægedækningssammenhænge. Derfor optræder alle øer som har deres eget postnummer, som et selvstændigt lægedækningsområde på den regionale liste over lægedækningstruede områder. Ændringerne i områderne er som følgende:

- Det gamle planområde LD Horsens bliver delt op i LD Horsens og LD Endelave
- Det gamle planområde LD Odder bliver delt op i LD Odder og LD Tunø
- Det gamle planområde LD Bøvlingbjerg bliver lagt sammen med LD Lemvig og området hedder fremadrettet LD Lemvig
- Det gamle planområde LD Knebel bliver lagt sammen med LD Rønne og området hedder fremadrettet LD Rønne
- Det gamle planområde LD Hovedgård bliver lagt sammen med LD Brædstrup og området hedder fremadrettet LD Brædstrup

Det fremgår af Praksisplan for almen praksis (2016 s. 11), at lægedækningstruede områder i Region Midtjylland udnævnes med udgangspunkt i Region Midtjyllands kapacitetsdimensioneringsmodel. Forankret i modellen genereres der en bruttoliste over lægedækningsområder, som kan kategoriseres som henholdsvis 'lægedækningstruede' og 'opmærksomhedsområder'. Denne bruttoliste genereres med baggrund i data omkring andelen af polyfarmacipatienter, borgere på udvalgte overførselsindkomster, indbyggere over 75 år, kontaktydelser pr. indbygger, samt læger over 63 år, lukkede kapaciteter, ekstrakapacitet (iht. Lægedækningshøringen 2017) og overenskomstmæssige ekstrakapacitet. Hver af disse kriterier tillægger områderne enten en udbudsscore eller en efterspørgselscore. Et lægedækningsområde kan på baggrund af efterspørgsels- og udbudsscorerne udpeges som opmærksomhedsområde og lægedækningstruet område. Udpegningen sker ud fra følgende regelsæt:

- Opmærksomhedsområde: Lægedækningsområdet scorer minimum ét point på udbudsscoren og har samtidig en samlet score fra 3 til 4 point.
- Lægedækningstruet område: Lægedækningsområdet har en samlet score på minimum 5 point.

Bruttolisten suppleres med bl.a. historik, konkrete forhold, personforhold og øvrige omstændigheder, der kan have betydning for lægedækningen i de pågældende områder. Også lægedækningsområder, der ikke fremstår på regionens kapacitetsdimensioneringsmodel kan på baggrund af disse erfaringer indstilles som lægedækningstruede eller opmærksomhedskrævende (Praksisplan om Almen Praksis, s. 12).

På baggrund i de overstående fremlagte kriterier og erfaringer indstiller Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget til at følgende lægedækningsområder udnævnes som henholdsvis lægedækningstruede og opmærksomhedskrævende:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Lægedækningstruede områder    | LD Lemvig<br>LD Roslev<br>LD Ringkøbing<br>LD Tarm<br>LD Skjern<br>LD Hvide Sande<br>LD Glesborg<br>LD Thyborøn<br>LD Samsø<br>LD Thyholm<br>LD Endelave<br>LD Anholt<br>LD Tunø |
| Opmærksomhedskrævende områder | LD Spøttrup<br>LD Allingåbro<br>LD Havndal<br>LD Holstebro   |

Lægedækningsområdernes status som henholdsvis lægedækningstruede eller opmærksomhedskrævende er gældende fra vedtagelse og indtil praksisplanudvalget vedtager en ny.

De områder, der er kategoriseret som lægedækningstruede ovenfor, får mulighed for delepraksis, mere lempelig adgang til ansættelse af uddannelses- og speciallæger samt forbedret refusionsmuligheder fra Administrationsudvalget i PLO i forbindelse med ansatte lægers barsel, sygdom, adoption mv.

## Beslutning

Praksisplanudvalget godkendte som indstillet listen over lægedækningstruede - og opmærksomhedsområder september 2018.

## Bilag

Bilag 3 Procedure for udnævnelse af lægedækningstruede områder

180817 Indstilling LDT-områder PPU september 2018

## **Punkt 7: Rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning på bosteder**

1-01-72-35-17

### **Resume**

Der er udarbejdet et forslag til en rammeaftale for sundhedsfaglig rådgivning på bosteder for borgere med fysiske handicap og/eller psykisk sygdom

### **Administrationen indstiller,**

at Praksisplanudvalget godkender rammeaftale for sundhedsfaglig rådgivning på bosteder for borgere med fysiske handicap og/eller psykisk sygdom.

### **Sagsfremstilling**

Praksisplanudvalget godkendte på møde 6. april 2018 aftale om fasttilknyttede læger på kommunale, længerevarende bosteder (§108) for borgere med psykiske lidelser. Aftalen er et tillæg til delaftale om implementering af ordning om fasttilknyttede læger på plejecentre i kommunerne i Region Midtjylland.

Den godkendte aftale betyder, at der på kommunale bosteder efter §108 i serviceloven for borgere med psykiske lidelser kan ansættes fasttilknyttede læger. Den fasttilknyttede læge yder sundhedsfaglig rådgivning til personalet på bostedet og de borgere på bostedet, der ønsker det, kan vælge lægen som sin egen læge, også selvom lægen har lukket for tilgang. Aftalen er formidlet til alle kommuner i regionen, der nu er i gang med at implementere aftalen.

Herudover har Praksisplanudvalget på møde 28. maj 2018 drøftet perspektiverne i også at få fasttilknyttede læger på andre typer af bosteder.

Der er enighed om, at det er relevant at give mulighed for sundhedsfaglig rådgivning ved en fast læge på alle typer af bosteder herunder både bosteder for borgere med fysiske handicap og borgere med psykiske lidelser.

På baggrund af drøftelserne i Praksisplanudvalget er der udarbejdet et forslag til en rammeaftale (standardkontrakt) for sundhedsfaglig rådgivning på bosteder. Aftalen følger vilkårene for den sundhedsfaglige rådgivning, som varetages af fasttilknyttede læger på plejehjem, og omfatter alle typer af bosteder. Der er tale om en frivillig aftale, som den enkelte kommune kan vælge at gøre brug af ud fra en konkret vurdering af lokale behov og muligheder.

Praksisplanudvalget har tidligere drøftet, hvorvidt en ordning også kan omfatte, at borgere på bosteder kan tilknyttes som patient til den læge/lægepraksis, der står for den sundhedsfaglige rådgivning på bostedet, selvom lægen har lukket for tilgang. Den nuværende lovgivning giver ikke mulighed for dette.

### **Beslutning**

Praksisplanudvalget godkendte som indstillet rammeaftale for sundhedsfaglig rådgivning på bosteder for borgere med fysiske handicap og/eller psykisk sygdom.

### **Bilag**

UDKAST Rammeaftale sundhedsfaglig rådgivning på bosteder

# Punkt 8: Perspektiverne i en lokalaftale om blodsukkermålinger i almen praksis

1-01-72-35-17

## Resume

PLO Midtjylland (PLO-M) har anmodet PPU (Praksisplanudvalget) om at overveje, om Region Midtjylland bør tiltræde overenskomstens rammeaftale vedr. blodsukkermålinger (HbA1c undersøgelser) i almen praksis. Administrationen anbefaler, at Region Midtjylland ikke tiltræder rammeaftalen for HbA1c målinger i almen praksis.

## Administrationen indstiller,

at Praksisplanudvalget drøfter sagen

## Sagsfremstilling

PLO Midtjylland (PLO-M) har anmodet PPU om at overveje, om Region Midtjylland bør tiltræde overenskomstens rammeaftale vedr. HbA1c undersøgelser i almen praksis.

HbA1c viser patienternes langtidsblodsukker og er den laboratorie værdi som patienternes diabetes behandling monitoreres efter.

Sagen blev rejst på PPU mødet den 28. maj 2018, hvor PPU besluttede, at udvalget i 2. halvår 2018 skulle behandle perspektiverne i en lokalaftale om langtidsblodsukkermåling (HbA1c).

I dag gennemføres analysen ved, at patienterne afgiver en blodprøve i forbindelse med en konsultation hos den alment praktiserende læge, som herefter analyseres på regionshospitalernes laboratorier. Den praktiserende læge kan herefter på en opfølgende konsultation drøfte resultaterne med patienten.

Såfremt Region Midtjylland tiltræder rammeaftalen om HbA1c målinger i almen praksis, vil analysen i stedet i nogle tilfælde blive udført som en Point Of Care Test (POCT), dvs. at analysen udføres af almen praksis ved en priktest i forbindelse med prøveafgivelsen. Derved er analysesvaret tilgængeligt for lægen ifm. den efterfølgende konsultation, som kan afholdes i forlængelse af prøveafgivelsen.

PLO-M fremhæver, at overenskomstens initiativer vedr. udflytningen af diabetes type 2 behandling til almen praksis og initiativerne vedr. sårbare patientgrupper betyder, at det vil være en fordel for patienterne, at de kan få foretaget en langtidsblodsukkermåling og modtage analyseresultatet ved en og samme konsultation. Det vurderes at være ideelt for samtalen om diabetes sygdommen og patientens håndtering af sygdommen, at den praktiserende læge har adgang til en "frisk" blodsukkermåling, da det forventes at kunne styrke motivationen til livsstilsændringer eller behovet for ændringer i medicinordinationen.

Almen praksis oplever derudover, at det nuværende setup med to konsultationer betyder, at nogle af de mest sårbare patienter kun deltager i blodprøvetagningen, men ikke efterfølgende møder op til samtalen om sygdomshåndteringen.

PLO-M peger herudover på, at for velregulerede og mere ressourcestærke patienter vil HbA1c målinger i almen praksis betyde, at patienten kan afgive prøve og modtage svar i hele lægens åbningstid. I dag er almen praksis' muligheder for at tage blodprøver begrænset af afhentningsordningen, hvor blodprøverne i nogle praksis afhentes senest kl. 14.

## Det biokemiske specialeråds vurdering af fordele og ulemper ved HbA1c målinger i almen praksis

Specialrådet kan ikke umiddelbart vurdere om monitorering af patienternes sygdomme forbedres ved HbA1c målinger i almen praksis. I teorien giver det mening, at den hyppigere analysering og den hurtige reaktion på svært abnorme resultater kan give en klinisk effekt. I dag forelægger analyseresultaterne allerede samme aften eller dagen efter at blodprøven er afgivet.

Effekten af HbA1c målinger i almen praksis er blevet undersøgt i Region Syddanmark, som ikke har fundet evidens for en klinisk effekt.

Specialrådet er endvidere i tvivl om, hvor tit almen praksis vil have behov for "kun" at foretage en HbA1c måling, da Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) ved monitorering af diabetes type 2 anbefaler, at monitoreringen ved årskontrol består af flere prøver (vedr. kolesterol og nyrefunktion) end blot HbA1c. Såfremt patienterne lider af andre sygdomme (komorbiditet) vil der også skulle tages andre prøver.

HbA1c i almen praksis er således kun relevant ved mellemliggende kontroller. Såfremt patienten skal have foretaget andre prøver, vil det således ikke medføre en forenkling af behandlingsgangen i almen praksis.

Det biokemiske specialråd påpeger endvidere, at det bør være et krav, at analyseresultaterne er tilgængelige elektronisk, således at såvel patienten selv via Sundhedsjournalen og andre behandlingssteder umiddelbart kan se og anvende prøveresultaterne.

Sidst bør datakvaliteten og sammenligningsgrundlaget ved point of care test (POCT) med laboratoriers datakvalitet vurderes, fordi der anvendes forskellige metoder. Der er i mange år sket en kvalitetsudvikling med bedre standardisering af HbA1c, som har medført, at data i dag er langt mere sammenlignelige på tværs af laboratorier.

### **Økonomi**

Tiltrædes rammeaftale for HbA1C målinger betyder det, at praksis honoreres med 118,26 kr. (1. april 2018 priser) pr. analyse. Herudover vil der være udgifter forbundet med kvalitetssikring af udstyret og udgifter til at gøre svarene tilgængelige elektronisk. Hvis regionen skal afholde disse, skal disse udgifter tillægges og undersøges nærmere. Herudover kan der være risiko for stigende analyse-udgifter pga. en øget hyppighed af målinger og dobbeltanalyseringer. Analysen forudsætter, at hver enkelt praksis anskaffer POCT apparatur og materialet til den daglige drift.

Omvendt vil regionen spare udgifterne til analysering af HbA1c på laboratorierne inkl. reagenser og personaleudgifter på ca. 10 kr. Under forudsætning af at der udelukkende er behov for svar på HbA1c, vil regionen endvidere kunne spare tillægsydelsen for blodprøvetagning (2101) til almen praksis på 48,20 kr. pr. prøve. Hertil kommer en lille besparelse på materialet/utensilierne til blodprøvetagningen i almen praksis, som regionen stiller til rådighed. Den konkrete besparelse på utensilier kan ikke oplyses, da priserne for utensilierne er udbudspriser, som er fortrolige og ikke må offentliggøres. De indgår derfor ikke i beregningerne. Medtagelsen af disse ændrer dog ikke betydeligt på de beregnede udgifter.

Da almen praksis som følge af OK18 modtager et samlet kronikerhonorar for diabetes type 2 patienterne, som inkluderer alle konsultationer i relation til patienternes behandling, vil Region Midtjylland ikke have mulighed for at spare et konsultationshonorar ved implementering af HbA1c i almen praksis. Dermed vil HbA1c analyserne i almen praksis medføre merudgifter til almen praksis i Region Midtjylland.

En vurdering af omkostningerne ved HbA1c i almen praksis kan foretages med udgangspunkt i erfaringerne fra Region Hovedstaden, som siden 2008 har haft en lokalaftale vedr. HbA1c i almen praksis. I Region Hovedstaden blev der foretaget 87.906 HbA1c i almen praksis i 2017 til en befolkning på ca. 1,8 mio. Omregnes dette til Region Midtjyllands forhold, hvor der er lidt færre indbyggere, men lidt flere kronikere med diabetes type 2, må der forventes taget ca. 65.000 HbA1c målinger årligt. Dette vil koste ca. 7,7 mio. kr. Omvendt spares udgifterne til analysering på laboratorierne og under forudsætning af, at der udelukkende er behov for svar på HbA1c, vil regionen endvidere kunne spare tillægsydelsen for blodprøvetagning. Herved spares i alt ca. 3,8 mio. kr. Samlet set vil indførelsen af HbA1c måling i almen praksis resultere i merudgifter for regionen på ca. 3,9 mio. kr. årligt.

På denne baggrund kan administrationen ikke anbefale, at Praksisplanudvalget tiltræder rammeaftalen. Det anbefales i stedet, at HbA1c-analysen indgår i forhandlingerne om næste periodes overenskomst.

### **Beslutning**

Praksisplanudvalget drøftede sagen. Ud fra et borgerperspektiv kan udvalget se nogle muligheder.

Fra regional side finder man ordningen for omkostningstung og kan for nuværende ikke tilslutte sig rammeaftalen. Region Midtjylland ønsker i stedet, at temaet kan indgå i forhandlingerne om en kommende overenskomst.

Praksisplanudvalget foreslår, at temaet drøftes på et kommende møde i det regionale udvalg for nære sundhedstilbud.

## **Punkt 9: Aftale om udrykningslæger**

1-31-72-95-18

### **Resume**

Der er udarbejdet forslag til ny aftale om præhospital lægehjælp i Region Midtjylland (udrykningslægeordningen) mellem PLO og Region Midtjylland, da den aftale, der arbejdes efter i dag, ikke længere er gyldig. Aftalen beskriver i høj grad gældende praksis, dog med enkelte tilføjelser, der blandt andet skal sikre ordningens kvalitet.

### **Administrationen indstiller,**

at Aftale om præhospital lægehjælp i Region Midtjylland godkendes.

### **Sagsfremstilling**

Region Midtjyllands præhospitale beredskab består i at sikre sundhedsfaglig hjælp, når Region Midtjyllands borgere får brug for akut hjælp. Hjælpen ydes blandt andet i form af ambulancer, akutbiler, akutlægebiler, akutlægehelikopter, 1-1-2 førstehjælpere og sundhedsfaglig rådgivning.

På Samsø er der etableret en særlig ordning, hvor to praktiserende læger arbejder som udrykningslæger. Udrykningslægerne kan blive kaldt af AMK-vagtcentralen i tilfælde af alvorlig ulykke eller sygdom.

Udrykningslægeordningen blev i sin tid oprettet i det gamle Århus Amt. Udrykningslægerne arbejder pt. efter en aftale, der blev indgået mellem Århus Amt og PLO i 1999. Denne aftale er imidlertid ikke længere gyldig, hvorfor der skal indgås en ny aftale.

Den nye aftale – Aftale om præhospital lægehjælp i Region Midtjylland – beskriver i høj grad den praksis, der er gældende i dag i forhold til udkald, afregning mv. Der er tilføjet enkelte afsnit, der skal sikre ordningens kvalitet, og sikre, at ordningen lever op til lovgivningens krav om eksempelvis journalføring.

Aftale om præhospital lægehjælp i Region Midtjylland (udrykningslægeordningen) er vedlagt som bilag. Derudover er retningslinjen for samarbejde mellem Præhospitalet og udrykningslægerne vedlagt (Retningslinjen mangler dog links til liste over udstyr mv. og vejledning til EPJ).

### **Beslutning**

Praksisplanudvalget godkendte aftale om præhospital lægehjælp i Region Midtjylland med bemærkning om, at taksten for efteruddannelse skal afklares mellem administrationen og PLO-Midtjylland.

### **Bilag**

Udkast til aftale om præhospital lægehjælp i Region Midtjylland

Samarbejde mellem Præhospitalet og udrykningslæger

# Punkt 10: Permanentgørelse af almen praksis' brug af afføringsprøver (iFOBT) i Region Midtjylland

1-30-72-198-16

## Resume

Almen praksis i Region Midtjylland fik adgang til at bestille afføringsprøver (iFOBT prøven) i midten af 2015. iFOBT er den afføringsprøve, som også anvendes i det nationale tarmkræft screeningsprogram og som påviser blod i afføringen. Det skete som led i en ph.d., hvor man ønskede at undersøge, om det at give almen praksis adgang til at bestille iFOBT til patienter med vage og uspecifikke symptomer, kunne hjælpe med tidligere diagnosticering af tarmkræft. Resultaterne af studiet viser, at iFOBT kan anvendes i almen praksis som supplerende diagnostisk værktøj til at finde tarmkræft og andre alvorlige tarmsygdomme hos patientgruppen med vage og uspecifikke symptomer.

Regionen ønsker efter 1. oktober 2018 fortsat at give almen praksis muligheden for at bestille iFOBT.

## Administrationen indstiller,

at ny aftale om almen praksis' brug af afføringsprøve (iFOBT) godkendes

## Sagsfremstilling

### Baggrund og anvendelse af iFOBT i almen praksis til nu

Almen praksis i Region Midtjylland fik adgang til at bestille afføringsprøven iFOBT i midten af 2015. iFOBT er den afføringsprøve, som også anvendes i det nationale tarmkræft screeningsprogram og som påviser blod i afføringen. Det skete som led i en ph.d., hvor man ønskede at undersøge om det at give almen praksis adgang til at bestille iFOBT, til patienter med vage og uspecifikke symptomer, kunne hjælpe med tidligere diagnosticering af tarmkræft. Da ca. 50 % af patienterne, som senere får konstateret tarmkræft, præsenterer sig med vage og uspecifikke symptomer hos egen læge. Symptomer, som ikke udløser en udredning i tarmkræftpakkeforløb.

Projektet blev i sin tid igangsat som et forsøgsprojekt i regi af Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget og honoreringen af almen praksis er blevet finansieret heraf. Almen praksis' adgang til at bestille iFOBT og få honorar for dette er blevet forlænget ad 2 omgange og løber på nuværende tidspunkt til 1. oktober 2018.

Forlængelserne skete for at afvente resultaterne af en ph.d. afhandling på området. Honoraret som almen praksis indtil nu har fået, svarer til et 10 minutters modul i almen praksis, ca. 150 kr. Da Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget i Region Midtjylland 15. juni 2015 bevilgede midler til honorar af praktiserende læger, skete det med en bemærkning til beslutningen om at, det fra Regional politisk side blev bemærket, at man ikke finder, at der ved idriftsættelse skal ske særskilt honorering.

Praksis skal ifølge den nuværende aftale udfylde indikationsskema, når iFOBT bestilles via webreq. De skal endvidere udlevere prøvekit til patienterne og påsætte patientnavnelabel. Prøvekittet betales af Region Midtjylland.

Fremadrettet vil udfyldelse af indikationsskema ved bestilling af iFOBT kunne fjernes fra webreq, så praksis kun skal påsætte patientnavnelabel og udlevere prøvekitet. Vejledning til brug af kitet er med i hvert enkelt prøvekit. Praksis' arbejde bliver dermed det samme som ved andre afføringsprøver og honoreres med en almindelig konsultation.

iFOBT prøven skal kun anvendes ved patienter med meget vage og uspecifikke symptomer. Hvis lægen vurderer, at der er begrundet mistanke om, at patienten kan have kræft, skal patienten direkte i tarmkræftpakke udredningsforløb. Der skal ikke foretages en iFOBT først.

I forbindelse med udrulning af iFOBT blev der i regionen afholdt efteruddannelse, som alle praktiserede læger blev inviteret til, om korrekt anvendelse af iFOBT. Der findes vejledning på nettet til almen praksis om iFOBT. Ligesom vejledning udleveres med hvert sæt af prøvekits, som praksis bestiller.

### Resultater af ph.d. om iFOBT og almen praksis

Resultaterne af studiet viser, at iFOBT giver mening at anvende i almen praksis som supplerende diagnostisk værktøj til at finde tarmkræft og andre alvorlige tarmsygdomme.

Der er i ph.d. projektperioden på ca. 1 år bestilt i alt 3.462 iFOBT prøver af almen praksis. Af disse test var 540 (15,6 %) positive for blod i afføringen. Af disse 540 personer blev i alt 124 diagnosticeret med alvorlig sygdom, 51 med tarmkræft og 73 personer med andre alvorlige tarmsygdomme. Fx højrisiko adenomer, som kan udvikles til tarmkræft og inflammatoriske tarmsygdomme.

Resultaterne viser at iFOBT er anvendelig i almen praksis til patienter med vage og uspecifikke symptomer, som kommer til lægen med disse.

Resultaterne tyder på, at tarmkræft muligvis diagnosticeres i tidligere stadier, når almen praksis kan anvende iFOBT til patientgruppen med vage og uspecifikke symptomer, men der er for få data til at kunne konkludere det med sikkerhed. Yderligere forskning på en større mængde patienter vil være nødvendigt, for at kunne sige noget med sikkerhed.

### **Fremadrettet anvendelse af iFOBT i Region Midtjylland**

Regionen ønsker efter 1. oktober 2018 fortsat at give almen praksis muligheden for at bestille iFOBT uden at skulle udfylde indikationsskema. Den nuværende aftale udløber pr. oktober 2018, og regionen foreslår, at der i stedet tiltrædes en ny aftale (vedlagt) men uden en ekstra ydelse.

I Region Midtjylland er der sat permanente midler af, via 'jo før, jo bedre' puljen, til driftsudgifterne til at stille iFOBT til rådighed for almen praksis. Der er ikke sat midler af til fortsat tillægshonorering af almen praksis for at bestille iFOBT.

Da Region Midtjylland i sin tid besluttede at støtte projektet om iFOBT, skete det som en del af arbejdet i 'jo før, jo bedre' kræftplanen. Det var intentionen, at tiltag som blev testet i de enkelte regioner, sidenhen kunne udbredes til de øvrige regioner, hvis de var succesfulde.

Derfor er resultaterne af ph.d. forelagt de øvrige regioner i 'Temagruppen for Almen Praksis' i regi af Danske Regioner. Her er det foreslået, at sagen bringes ind for det fælles nationale tarmkræft screeningsprogram med henblik på drøftelse af anvendelse af iFOBT som supplerende tarmkræftsceening.

## **Beslutning**

Der var i Praksisplanudvalget enighed om, at der ikke er behov for en konkret aftale, men at de hidtige erfaringerne belyses yderligere i specialerådet. Forsøgsordningen videreføres indtil der foreligger en faglig afklaring i specialerådet.

Forlængelsen behandles på det kommende møde i Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget (KEU), da KEU-bevillingen ligeledes skal forlænges.

## **Bilag**

2018 udkast til revideret Lokalaftale iFOBT

## **Punkt 11: Studietur i 2019**

1-01-72-35-17

### **Resume**

Udvalget for nære sundhedstilbud arbejder med at arrangere en studietur til Holland i 2019. Udvalget ønsker at invitere praksisplanudvalget til at deltage i studieturen.

### **Administrationen indstiller,**

at praksisplansudvalget tilkendegiver, om de ønsker at deltage i studietur med Region Midtjyllands udvalg for nære sundhedstilbud

### **Sagsfremstilling**

Region Midtjyllands udvalg for nære sundhedstilbud har besluttet, at administrationen arbejder videre med planlægningen af en studietur til Holland i foråret 2019. Udvalget for nære sundhedstilbud ønsker i den forbindelse at invitere medlemmerne af sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget med på turen. Studieturens formål er, at hente inspiration til arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplanen for almen praksis. Holland er valgt, fordi det hollandske sundhedsvæsen vurderes at være langt fremme ift. at udvikle nye former for samarbejde på tværs af sektorer. Udvalget for nære sundhedstilbud får i efteråret 2018 forelagt administrationens forslag til indhold og budget.

### **Beslutning**

Praksisplanudvalget tilkendegav at være interesserede i at deltage i studieturen og ønskede at modtage oplysninger om dato og turens længde så snart oplysninger herom foreligger.

## Punkt 12: Den nære psykiatri

1-31-72-139-16

### Resume

På baggrund af Kommunekontaktrådets (KKR) konference om 'den nære psykiatri' i marts 2018, er der blevet dannet en fælles alliance om den nære psykiatri mellem de 19 midtjyske kommuner, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland samt bruger- og pårørendeorganisationer inden for psykiatrien. Denne alliance har udmøntet sig i en tværsektoriel styregruppe med repræsentanter fra alliansens fire parter, der har udarbejdet et udspil til vision, definition og målgrupper i den nære psykiatri.

### Administrationen indstiller,

at orienteringen om udspil til vision, definition og målgrupper for den nære psykiatri tages til efterretning

### Sagsfremstilling

Den nære psykiatri indgår som en del af den godkendte arbejdsplan for første halvår af 2018. Arbejdet er forankret i Alliancen og dermed i styregruppen for den nære psykiatri. Praksisplanudvalget vil løbende orienteres samt forelægges samarbejdsaftaler, der laves på baggrund af arbejdet med den nære psykiatri.

Kommunekontaktrådet (KKR) havde den 7. marts 2018 indbudt til en konference om 'den nære psykiatri'. Som et resultat af denne konference er der dannet en fælles alliance om den nære psykiatri mellem de 19 midtjyske kommuner, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og bruger- og pårørendeorganisationer inden for psykiatrien. Alliancen er forankret i KKR og i Regionsrådet og drøftes mellem parterne i Kontaktudvalget (Regionsrådsformanden og de 19 borgmestre). Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget inddrages løbende i processen.

Konkret er der nedsat en fælles tværsektoriel styregruppe for alliancen om den nære psykiatri med repræsentanter fra alliansens fire parter. Styregruppens opdrag er i første omgang at udarbejde udspil til en fælles vision for "den nære psykiatri", at identificere de største udfordringer samt identificere og afgrænse målgrupper, der omfattes af den nære psykiatri. Samtidig er det en opgave at prioritere politisk, hvor der først skal sættes ind med konkrete handlinger og udviklingsrum, som kan bidrage til at forbedre og udvikle "den nære psykiatri" i Midtjylland.

At forbedre og udvikle den nære psykiatri er en løbende og langsigtet proces. Processen er således dynamisk, hvor parterne aftaler, hvor man sætter ind først – herefter skal der løbende ske prioriteringer. Processen vil derfor indeholde flere spor, hvor dele forankres i sundhedsaftaleregime og dele uden for sundhedsaftaleregime.

### Udspil med vision, definition og målgrupper

Der foreligger nu forslag til vision for den nære psykiatri og til en definition af den nære psykiatri. Ligeledes er der identificeret målgrupper og tilhørende udfordringer. Endelig er der udarbejdet et bud på en foreløbig køreplan. I denne lægges der op til, at første del/spor forankres i sundhedsaftaleregime. Oplægget er vedlagt.

Der blev i regi af Sundhedskoordinationsudvalget afholdt en kickoff konference den 12. juni 2018 om den kommende sundhedsaftale, hvor Sundhedskoordinationsudvalget på forhånd havde peget på psykiatrien som et af de fokusområder, der ønskes arbejdet med i den nye sundhedsaftale. På konferencen blev der opfordret til en politisk indkredsning af hvilke 1-2 områder indenfor den nære psykiatri, der i første omgang skal arbejdes videre med. Sundhedskoordinationsudvalget udpegede i forlængelse af dette følgende to målgrupper, som der foreslås prioriteret i Alliancen om den nære psykiatri:

- Mental sundhed hos børn og unge - forebygge at psykisk sygdom opstår og udvikler sig
- Samarbejdet om voksne borgere med svær psykisk sygdom eller svære symptomer, som har tilbagevendende behov for støtte og behandling fra både region, kommune og almen praksis

### Proces

Sag om den nære psykiatri med præsentation af den tværgående styregruppes udspil til vision, målgrupper og handlingsrum blev fremlagt til orientering den 14. juni 2018 i Kommunekontaktrådet og den 25. juni 2018 på regionsrådets temadag. Udspillet blev sendt ud til kommuner, regionsråd og brugerorganisationer med henblik på bemærkninger fra de relevante parter med frist den 22. august 2018. Kontaktudvalget behandler udspil om den nære psykiatri med henblik på godkendelse d. 31. august.

Herefter vil der blive igangsat et arbejde med henblik på at udarbejde konkrete initiativer og indsatser.

### Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen om udspil, definition og målgrupper for den nære psykiatri til efterretning.

## **Bilag**

Udspil om den nære psykiatri

# **Punkt 13: Orientering om status og kommissorium for arbejdsgruppe om rammer for samarbejdet om kommunale akutfunktioner**

1-01-72-35-17

## **Resume**

Praksisplanudvalget orienteres om, at arbejdet med en lokalaf tale for samarbejdet om de kommunale akutfunktioner nu er igangsat.

## **Administrationen indstiller,**

at Praksisplanudvalget tager nærværende status til efterretning.

## **Sagsfremstilling**

Praksisplanudvalget besluttede på mødet den 28. maj 2018, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, som har til opgave at udarbejde et forslag til en lokalaf tale om rammerne for samarbejdet mellem almen praksis, kommunale akutfunktioner samt regionale behandlingstilbud

Arbejdsgruppen har en udredende karakter og skal udarbejde anbefalinger til Praksisplanudvalget i forhold til rammerne for samarbejdet mellem almen praksis, regionale behandlingstilbud og de kommunale akutfunktioner. På baggrund af anbefalingerne udarbejdes en lokalaf tale om rammerne for samarbejdet.

Arbejdsgruppen skal have særligt fokus på, hvor der kan være behov for konkrete aftaler om arbejdsgange m.v. i forhold til samarbejdet mellem praktiserende læger og de kommunale akutfunktioner.

Fx i forhold til

- Arbejdsdeling og ansvar
- Kriterier for henvisning og overdragelse
- Kommunikation og adgang til hinanden på tvær af sektorer
- Brug af hinandens kompetencer på tværs

Endelig skal arbejdsgruppen klarlægge problematikker i forhold til, at borgere selv skal betale for blandt andet transport og medicin i forbindelse med behandling ved en kommunal akutfunktion.

Arbejdsgruppen er administrativ og tværsektorielt sammensat med repræsentanter fra kommuner, PLO-M og region.

Arbejdsgruppen har afholdt sit første møde og vil afrapportere til Praksisplanudvalget på møde den 27. november 2018.

Det forventes endvidere, at der i regi af Sundhedskoordinationsudvalget nedsættes en arbejdsgruppe, som får til opgave at kortlægge udfordringer og muligheder for forbedringer på det samlede akutområde, samt komme med anbefalinger til forbedringer i det tværsektorielle samarbejde på det akutte område og dermed hvilke overordnede elementer/områder, der med fordel skal beskrives i en kommende samarbejdsaftale (sundhedsaftalen) på akutområdet herunder eventuelt underliggende aftale med almen praksis. Underliggende aftaler med almen praksis er forankret i regi af Praksisplanudvalget. Praksisplanudvalget vil derfor blive præsenteret for resultaterne af arbejdsgruppens arbejde, når det foreligger.

## **Beslutning**

Praksisplanudvalget tog orientering om status og kommissorium for arbejdsgruppe om rammer for samarbejdet om kommunale akutfunktioner til efterretning.

## **Bilag**

Kommissorium - rammer for samarbejdet om akutfunktioner (FINAL) (3)

# Punkt 14: Opdateret forløbsprogram for lænderygsmærter

1-30-72-47-13

## Resume

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter og national klinisk retningslinje for behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning. Med baggrund i anbefalingerne er der udarbejdet en faglig opdatering af Region Midtjyllands forløbsprogram for lænderygsmærter. Opdateringen er udarbejdet af regionens praksiskonsulenter for fysioterapi og kiropraktik, lægelig koordinator for PKO og administrationen. Derudover har forsker Lise Hestbæk også været involveret i arbejdet.

## Administrationen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning

## Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 national klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter og national klinisk retningslinje for behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning. Med baggrund i anbefalingerne er der udarbejdet en faglig opdatering af Region Midtjyllands forløbsprogram for lænderygsmærter. Da de nationale kliniske retningslinjer udelukkende har implikationer for afsnittet om praksissektoren i forløbsprogrammet, er opdateringen afgrænset til dette afsnit i forløbsprogrammet. Opdateringen er udarbejdet af regionens praksiskonsulenter for fysioterapi og kiropraktik, lægelig koordinator for PKO og administrationen. Derudover har forsker Lise Hestbæk også været involveret i arbejdet.

De vigtigste anbefalinger vedrørende nyopståede lænderygsmærter, som er indarbejdet i forløbsprogrammet, er:

- Overvej at opfordre patienter med nyopståede lænderygsmærter til opretholdelse af vanlig aktivitet fremfor aflastning
- Overvej at tilbyde individualiseret patientuddannelse til patienter med nyopståede lænderygsmærter i tillæg til vanlig behandling (råd, vejledning og evt. smertebehandling), hvor dette vurderes at kunne øge egenomsorgen
- Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmærter manuel ledmobiliserende behandling i tillæg til vanlig behandling (råd, vejledning og evt. smertebehandling)
- Overvej at tilbyde patienter med nyopståede lænderygsmærter superviseret fysisk træning i tillæg til vanlig behandling (råd, vejledning og evt. smertebehandling)
- Tilbyd kun paracetamol, opioider og NSAID efter nøje overvejelse

De vigtigste anbefalinger vedrørende ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, som er indarbejdet i forløbsprogrammet, er:

- Overvej at opfordre patienten med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning til normal fysisk aktivitet frem for reduceret aktivitet i form af sengeleje
- Overvej at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling (råd, vejledning og evt. smertebehandling)
- Overvej retningspecifikke øvelser eller øvelser til træning af neuromuskulær kontrol til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er klinisk relevant forskel på de to behandlingsformer
- Overvej at tilbyde manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling (råd, vejledning og evt. smertebehandling)
- Overvej superviseret øvelsesterapi eller manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan underbygges, at der er en klinisk relevant forskel

I forhold til den tidligere udgave af forløbsprogrammet er de største ændringer, at manuel ledmobiliserende behandling nu kan overvejes i den initiale fase ved uspecifikke lænderygsmærter og nerverodspåvirkning, idet der er svag evidens for, at det kan have effekt på smerteniveau. Derudover er anbefalingen i forhold til anvendelsen af stratificeringsredskabet STarT Back Screening Tool (STarT-9) blevet revideret. Hvor det tidligere var anbefalingen, at StarT skulle supplere anamnesen, er anbefalingen i det opdaterede forløbsprogram, at StarT kan supplere anamnesen. Baggrunden for dette er, at det i de nationale kliniske retningslinjer anføres, at det er god praksis ikke rutinemæssigt at tilbyde patienter intervention, der er baseret på en gruppering i forhold til modificerbare prognostiske faktorer.

Til orientering nedsættes der en arbejdsgruppe vedr. implementering af forløbsprogrammet for lænderygsmerter, som har til formål at gøre status over implementeringen af forløbsprogrammet og at udarbejde konkrete anbefalinger til evt. yderligere implementeringstiltag. Arbejdsgruppen består af forløbsprogramgruppens formandskab samt øvrige relevante repræsentanter fra praksissektoren (almen praksis, kiropraktorer og fysioterapeuter), hospitaler og kommuner i regionen.

## **Beslutning**

Praksisplanudvalget tog orienteringen om den faglige opdatering af forløbsprogrammet for lænderygsmerter til efterretning.

## **Bilag**

Opdateret forløbsprogram for lænderygsmerter

## **Punkt 15: Eventuelt**

1-01-72-35-17

### **Beslutning**

Intet at bemærke.