

REFERAT Sundhedskoordinationsudvalget d. 17-03-2016

Mødedato Torsdag d. 17. marts 2016 kl. 14:00

Mødested Regionshuset Viborg, Skottenborg 26, 8800 Viborg, mødelokale B 4

Indholdsfortegnelse

Mødedeltagere.....	3
Møde mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsbrugerrådet.....	5
Strategi for regionale indsatser i det nære sundhedsvæsen.....	7
Godkendelse af milepælsplan for genoptræningsområdet.....	9
Orientering om nationale initiativer med betydning for sundhedssamarbejdet.....	12
Orientering om national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i p.....	13
Eventuelt.....	15

Punkt 1: Mødedeltagere

1-00-10-14

Sagsfremstilling

Udvalgsmedlemmer:

Mads Jakobsen, Struer Kommune

Niels Borring, Favrskov Kommune

Tage Nielsen, Skanderborg Kommune

Jette Skive, Århus Kommune

Hans Jørgen Hansen, Hedensted Kommune

Karsten Rejkjær Svendsen, Praktiserende læge, Formand for PLO – Midtjylland

Jette Dam-Hansen, Praktiserende læge, Næstformand for PLO – Midtjylland

Carl Johan Rasmussen

Bente Nielsen

Lene Fruelund

Jørgen Nørby

Lone Langballe

Administrative_repræsentanter:

Anders Kjærulf, direktør, Holstebro Kommune

Kate Bøgh, direktør, Favrskov Kommune

Kjeld Berthelsen, Struer Kommune

Jonna Holm Pedersen, Konsulent, KKR - Midtjylland

Mads Venø Jessen, Konsulent, KOSU

Sine Møller Sørensen, Konsulent, KOSU

Christian Boel, koncerndirektør, Region Midtjylland

Jens Bejer Damgaard, konst. afdelingschef, Region Midtjylland

Dorthe Klith, konst. kontorchef, Region Midtjylland

Beslutning

Der var afbud fra Jørgen Nørby og Tage Nielsen.

Fra administrationerne var der afbud fra Anders Kjærulff, Jonna Holm Pedersen.

Punkt 2: Møde mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsbrugerrådet

1-00-10-14

Resume

I tidsrummet k. 14-15 afholdes der møde mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsbrugerrådet.

Indstilling

at sagen drøftes

Sagsfremstilling

Der afholdes møde mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsbrugerrådet i tidsrummet kl. 14-15. Herefter er der ordinært møde for Sundhedskoordinationsudvalget.

Der lægges op til en dialog mellem Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsbrugerrådet om den videre udvikling af sundhedssamarbejdet i regi af sundhedsaftalen.

Som afsæt for dialogen vil formand for Sundhedskoordinationsudvalgets og regionsrådsmedlem Carl Johan Rasmussen give en kort status for arbejdet med sundhedsaftalen samt et rids over de nationale initiativer, som fremadrettet også vil indgå i sundhedssamarbejdet.

Næstformand for Sundhedsbrugerrådet Jens Erik Madsen vil kort præsentere de opmærksomhedspunkter, som Sundhedsbrugerrådet finder centrale for den videre udvikling af sundhedssamarbejdet og det nære sundhedsvæsen.

Beslutning

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget Carl Johan Rasmussen indledte mødet med en kort status for sundhedsaftalen samt et overblik over kommende nationale initiativer.

Sundhedsbrugerrådet præsenterede en række opmærksomhedspunkter for det tværsektorielle samarbejde, som blev drøftet.

Sundhedsbrugerrådet ytrede ønske om bedre koordination på akutområdet, og at der kommer mere fokus på at forbedre udskrivelsen efter en akut indlæggelse. Der ønskes en løsning ift. lægedækning af de kommunale akutpladser. Ligeledes opleves stor forskel på de kommunale akutte tilbud, og der ønskes større ensartethed på tværs af kommuner. Fra kommunal side blev der orienteret om, at det er et fokusområde og at der nu er lavet en fælles begrebsdefinition af akutte funktioner. Alle kommuner har en form for akut funktion, men der er forskel på praksis i forhold til, hvor borgeren behandles. Eksempelvis har nogle kommuner akutpladser, mens andre kommuner varetager 'akutfunktionen' i borgerens eget hjem via eksempelvis et akutteam.

Fra Sundhedsbrugerrådets side var der bred anerkendelse af forløbsprogrammerne, men der blev samtidigt udtrykt en bekymring for, om der går ressourcer fra andre patientgrupper. Sundhedskoordinationsudvalget præciserede, at det som udgangspunkt ikke vil få betydning for andre patientgrupper. Forløbsprogrammerne er desuden rettet mod store patientgrupper.

Sundhedsbrugerrådet ønskede mere fokus på hjerneskadeområdet. Sundhedskoordinationsudvalget orienterede om, at både region og kommuner har arbejdet med at implementere Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer for genoptræning og rehabilitering af børn og voksne med senhjerneskade. Den nye bekendtgørelse for træningsområdet stiller også nogle krav til kommunerne i forhold til rehabilitering og træning af borgere med senhjerneskade. Der kører ligeledes et tværsektorielt projekt for senhjerneskadede unge (bristede drømme-nyt håb).

Sundhedsbrugerrådet spurgte til implementeringen af det fælles medicinkort (FMK).

Sundhedskoordinationsudvalget orienterede om, at implementeringen er i gang, og at ajourføringsgraden er stigende, men at vi ikke er i mål endnu.

Sundhedsbrugerrådet udtrykte desuden stor tilfredshed med, at en øget hospitalsbehandling foregår, der hvor patienten bor. Og ser derfor meget positivt på mere behandling i eget hjem.

Herudover lagde Sundhedsbrugerrådet vægt på, at patientinddragelse og den gode dialog med patienten styrkes, og at der bliver arbejdet med inddragelse i alle sektorer. Der blev endvidere udtrykt bekymring for, om

kommunerne prioriterer tilstrækkelig økonomi til nye opgaver på sundhedsområdet.

Sundhedsbrugerrådet havde nogle specifikke spørgsmål bl.a. vedr. anvendelse af akutbiler/akutlægebiler til interhospital transport i vest samt sikker mail i forbindelse med behandling i Risskov. Regionens administration undersøger sagerne, og Sundhedsbrugerrådet får en tilbagemelding.

Punkt 3: Strategi for regionale indsatser i det nære sundhedsvæsen

1-30-72-225-15

Resume

Regionsrådet har besluttet, at der skal udarbejdes en strategi for de regionale indsatser i det nære sundhedsvæsen. Strategien forventes behandlet af regionsrådet i maj måned. Centrale spørgsmål og diskussionspunkter, som danner baggrund for arbejdet med strategien er formuleret i et debatpapir. I debatpapiret formuleres nogle af de barrierer, som skal overkommes for at fuldføre implementeringen af de overordnede politiske mål i den fælles sundhedsaftale: Sundhedsløsninger tæt på borgerne, lighed i sundhed, et sundhedsvæsen på borgerens præmisser.

Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget giver bemærkninger og input til en kommende strategi for regionale indsatser i det nære sundhedsvæsen

Sagsfremstilling

Regionsrådet har med budgetaftale 2016 besluttet, at der skal udarbejdes en samlet strategi for regionens indsatser i det nære sundhedsvæsen. Beslutningen er formuleret i forbindelse med vedtagelse af spareplan 2015-19. Af budgetforligsteksten fremgår følgende:

Forligspartierne er desuden enige om, at der skal udarbejdes en samlet strategi for regionens indsatser i det nære sundhedsvæsen inklusive anvendelse af sundhedshusene. Strategien forelægges regionsrådet senest medio 2016.

Der er på den baggrund igangsat en proces, som skal føre frem til udarbejdelsen af en strategi for regionens indsatser i det nære sundhedsvæsen, der forventes vedtaget i Regionsrådet i maj måned. Strategien for det nære sundhedsvæsen skal pege på løsninger og konkrete handlinger, som både på kort og langt sigt kan bidrage til større sammenhæng for den enkelte borger og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Processen indebærer, at der via et debatpapir sættes en række centrale spørgsmål til debat, som skal udstikke retningen for den regionale strategi. Der lægges derfor op til, at Sundhedskoordinationsudvalget med afsæt i debatpapiret giver bemærkninger og input til den kommende strategi.

Regionsrådet afholder en politisk workshop om temaet den 29. marts 2016.

Sundhedsaftalen er som den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet helt central for en strategi for det nære sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen lægger op til en værdi- og tillidsbaseret tilgang som et redskab til at skabe mere integrerede eller 'flettede' sundhedstilbud. Denne tilgang har affødt, at region og kommuner nu er sammen om i sundhedsaftalen at sætte fælles visioner for det nære sundhedsvæsen.

Regionen og de midtjyske kommuner fastsætter således i sundhedsaftalen følgende tre politiske visioner for det fælles arbejde:

- Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren
- Mere lighed i sundhed.

Som det fremgår af forordet til sundhedsaftalen, er det første vigtige skridt i retning af mere sundhed i det nære på borgerens præmisser taget med i den fælles sundhedsaftale. De næste skridt bliver at løfte aftalen til fælles handlinger.

Kommuner, hospitaler og almen praksis arbejder således målrettet på at sikre de bedst mulige tilbud for patienterne med udgangspunkt i sundhedsaftalens ambitioner om at sikre et sundhedsvæsen på borgerens præmisser, at etablere sundhedsløsninger tæt på borgeren og at forbygge og udligne ulighed i sundhed. Alt andet lige er erkendelsen imidlertid nu, at der er en række barrierer, som har betydning for, om sundhedsaftalen kan føres helt ud i livet. Med udgangspunkt i de politiske mål for sundhedsaftalen peges der således i debatpapiret på, hvilke barrierer, der står i vejen for fuld udfoldelse af Sundhedsaftalens ambitioner.

- Incitamentsstrukturen på hospitaler, i almen praksis og i kommunerne understøtter ikke altid, at opgaverne løses, hvor det samfundsmæssigt giver mest udbytte.
- Love og regler stiller sig i vejen for, at systemet træffer den afgørelse, der er bedst for borgeren og for samfundsøkonomien.
- Aftalestrukturen med de praktiserende læger komplicerer dels indgåelse af aftaler dels implementering af fælles indsatser.
- Persondataloven, øvrig lovgivning vedrørende deling af data og manglende fælles IT-systemer betyder, at borgerne igen og igen skal afgive de samme oplysninger, og at det sundhedsfaglige personale i de forskellige sektorer ikke har adgang til relevante sundhedsfaglige data, når de har brug for det.

Beslutning

På grund af den korte forberedelsestid blev indstillingen ikke drøftet.

Fra kommunal side blev der rejst et ønske om at få bedre tid til at komme med input til strategien herunder at alle kommuner får lejlighed til at afgive synspunkter til strategien.

De regionale medlemmer tager det kommunale ønske med videre til regionsrådets drøftelser på workshoppen den 29. marts 2016.

Bilag

Debatpapier end

Punkt 4: Godkendelse af milepælsplan for genoptræningsområdet

1-01-72-16-14

Resume

I forlængelse af en ny bekendtgørelse på træningsområdet fremlægges en milepælsplan for udmøntning af bekendtgørelsen samt indsatser i regi af sundhedsaftalen på træningsområdet.

Indstilling

- at milepælsplan for implementering af indsatser på genoptræningsområdet godkendes
- at orientering om status for implementering af "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus" tages til efterretning

Sagsfremstilling

"Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus" (herefter "bekendtgørelsen") trådte i kraft den 1. januar 2015. Det er centralt for borgeren, at der i forbindelse med genoptræning er et godt samarbejde mellem hospital og kommune. Der er derfor behov for koordinering på tværs af region og kommuner i forbindelse med implementeringen af bekendtgørelsen.

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede på møde den 4. juni 2015 udfordringer, muligheder og opmærksomhedspunkter ved implementeringen af sundhedsaftalens indsatser på området for genoptræning og rehabilitering. Sundhedskoordinationsudvalget besluttede, at udvalget forelægges:

- En status for implementeringen af den nye bekendtgørelse på kommune-/hospitalsniveau
- Implementeringsplan for indsatserne på området i sundhedsaftalen herunder for den nye bekendtgørelse

Bekendtgørelsen indeholder en række nye elementer. De væsentligste nye elementer er:

Nyt element	Myndighed	Finansiering
Nye specialiseringsniveauer indenfor ambulant genoptræning (almen genoptræning på basalt og avanceret niveau, genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau)	Kommunerne er ansvarlige for at udføre almen ambulant genoptræning på basalt og avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau Hospitalet er ansvarlige for at udføre genoptræning på specialiseret niveau	Kommunerne finansierer almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau, genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau 100 %
Det er ikke længere et krav, at hospitalet skal beskrive patientens funktionsniveau ved indlæggelse i genoptræningsplanen	Hospitalet er ansvarlige for at udarbejde genoptræningsplanerne	Ingen udgifter forbundet hermed
Krav om at beskrive det samlede rehabiliteringsbehov for de patienter, som får en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering	Hospitalet er ansvarlige for at udarbejde genoptræningsplanerne	Ingen udgifter forbundet hermed
Krav om at genoptræningsplanen angiver en tidsfrist for opstart af genoptræningen, hvis der er en	Hospitalet beskriver tidsfristen i genoptræningsplanen	Udgifterne hertil er ikke afdækket

sundhedsfaglig begrundelse herfor	Kommunerne er ansvarlige for at overholde tidsfristen	
Krav om at kommunen tilrettelægger genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til borgerens samlede rehabilitering i henhold til sundhedsloven og anden lovgivning	Kommunerne er ansvarlige for at tilrettelægge indsatsen	Udgifterne hertil er ikke afdækket
Kommunen kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov, herunder specialiseringsniveau for indsatsen	Kommunerne er ansvarlige for dette element	Kommunerne finansierer træningen 100 %
Kommunen skal vurdere på baggrund af genoptræningsplan til almen genoptræning, om borgeren skal have genoptræning på basalt eller avanceret niveau	Kommunerne er ansvarlige for at stratificere borgerne	Kommunerne finansierer træningen 100 %

Kommunerne og hospitalerne arbejder på at implementere bekendtgørelsen, og der er iværksat forskellige tiltag. Hovedvægten er indtil videre lagt på at implementere genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau og kommunernes stratificering af den almene genoptræning på basalt og avanceret niveau. En udfordring i forbindelse med implementeringen er, at der mangler it-understøttelse. MedCom er ved at udarbejde en ny elektronisk standard, som understøtter kravene i bekendtgørelsen. Den nye standard forventes klar til brug i Region Midtjylland i efteråret 2016.

Der lægges op til nedenstående milepæle for træningsområdet:

- Hvornår har hospitalerne implementeret udarbejdelsen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau?**
1. oktober 2016.
Det vil primært være neurorehabiliteringsenhederne i Hospitalsenheden Midt og Hospitalsenheden Vest, som skal udarbejde genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Regionshospitalet Hammel Neurocenter har siden sommeren 2015 udarbejdet genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau. Hospitalsenheden Vest begynder at udarbejde genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau primo 2016.
- Hvornår har kommunerne og hospitalerne implementeret den nye MedCom Standard, som skal bruges til genoptræningsplaner?**
Hospitalet: 1. oktober 2016. Kommunerne: 1. oktober 2016.
Der vil i første halvår 2016 blive udarbejdet en retningslinje, som beskriver, hvordan hospitalerne og kommunerne skal anvende MedCom Standarden.
- Hvornår har kommunerne og Region Midtjylland implementeret de nye arbejdsgange vedr. rehabilitering på specialiseret niveau?**
31. december 2016.
Kommunerne oplyser, at de har myndighedsansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau og er ved at implementere indsatsen. Opgaven ligger i at implementere Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje "Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - en faglige retningslinje" og Socialstyrelsens forløbsbeskrivelse, som forventes at udkomme i marts 2016. De borgere, som skal have rehabilitering på specialiseret niveau, fik også tilbud før den nye bekendtgørelse trådte i kraft. Det nye er, at borgerne nu får tilbuddet via en genoptræningsplan og, at der stilles særlige krav til tilbuddene, herunder til

kompetencerne. Implementeringen af rehabilitering på specialiseret niveau vil blive fulgt tæt. Sundhedskoordinationsudvalget vil blive præsenteret for en status ultimo 2016.

- **Hvornår har kommunerne implementeret stratificeringen mellem almen genoptræning på basalt niveau og almen genoptræning på avanceret niveau?**

1. januar 2016.

Kommunerne har udarbejdet et fælles værdidokument, som beskriver de overordnede kriterier, der lægges til grund for stratificeringen.

En samlet oversigt over milepælsplanen er vedlagt.

Der vedlægges et statusnotat for implementeringen af bekendtgørelsen på træningsområdet.

Beslutning

Indstillingen godkendt. Sundhedskoordinationsudvalget ønsker endvidere at følge kvaliteten på området på tværs af sektorer.

Bilag

Notat om genoptræning 190116

Milepælsplan - træning 210116

Punkt 5: Orientering om nationale initiativer med betydning for sundhedssamarbejdet

1-34-72-4-10

Resume

Der orienteres om nationale initiativer, som har betydning for sundhedssamarbejdet.

Indstilling

at orienteringen om kommende nationale initiativer tages til efterretning.

Sagsfremstilling

På nationalt niveau er der igangsat en række initiativer, som vil berøre sundhedssamarbejdet. Til orientering vedlægges en oversigt over de planlagte nationale initiativer.

Den videre udmøntning og koordinering af de dele af de nationale initiativer, som omhandler tværsektorielle indsatser, vil blive aftalt i regi af sundhedssamarbejdet. Sundhedskoordinationsudvalget vil løbende blive inddraget.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Bilag

oversigt nationale initiativer

Punkt 6: Orientering om national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i perioden 2016-2019

1-31-72-76-13

Resume

Regeringen, Danske Regioner og KL har i forbindelse med økonomiaftalerne for 2016 besluttet at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) i hele landet inden udgangen af 2019. Formålet er bl.a. at opnås færre indlæggelser og ambulatoriebesøg og en øget behandlingskvalitet for borgeren. I forhold til implementeringen i Region Midtjylland nedsættes en fælles regional/kommunal programstyregruppe.

Sagsfremstilling

Regeringen, Danske Regioner og KL har i forbindelse med økonomiaftalerne for 2016 besluttet at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019. Aftalegrundlaget bygger bl.a. på erfaringerne fra TeleCare Nord (Region Nordjylland) projektet hvor telemedicinsk hjemmemonitorering har været afprøvet i stor skala.

Udbredelsen forankres lokalt i fem landsdelsprogrammer med deltagelse af henholdsvis region og kommuner, der med ophæng i sundhedsaftalerne har ansvaret for at sikre fremdrift i den lokale implementering af telemedicin til borgere med KOL. Også almen praksis vil fra starten blive inddraget i udviklings- og implementeringsarbejdet i Region Midtjylland.

Den overordnede vision for udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er, at borgere med KOL skal inddrages aktivt i eget behandlingsforløb og mestre egen sundhed, så der opnås øget tryghed og fleksibilitet, samtidig med at kvaliteten og sammenhængen i behandlingen forbedres, og indlæggelser og ambulante kontroller reduceres.

De strategiske målsætninger for indsatsen er, at borgere med KOL oplever

- færre indlæggelser og færre ambulatoriebesøg
- øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet, øget tryghed i hverdagen, samt øget sygdomsmestring.
- at det, for borgere og medarbejdere, er nemt at anvende de telemedicinske løsninger.

For at kunne omsætte visionen til konkrete sundhedstilbud skal der i Region Midtjylland, såvel som i de øvrige regioner, etableres en løsning for service- og logistikfunktioner, udarbejdes en konkret opgave- og ansvarsfordeling mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, samt udvælges og etableres en telemedicinsk løsning for hjemmemonitorering. I Region Midtjylland kommer Fælles Servicecenter (FSC) som er etableret med deltagelse af region, alle kommuner og private virksomheder til at løse og koordinere de nødvendige service- og logistikfunktioner i forbindelse med implementering af telemedicinsk hjemmemonitorering.

Udover etableringen af de fem landsdelsprogrammer, etableres en national tværoffentlig porteføljestyregruppe, som blandt andet følger fremdriften i landsdelsprogrammerne. Porteføljestyregruppen er bemannet med repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Sundhedsministeriet, Digitaliseringsstyrelsen samt to repræsentanter fra hvert landsdelsprogram (én regional og én kommunal repræsentant). Region Midtjylland er repræsenteret ved Koncerndirektør Christian Boel der endvidere valgt som formand for den nationale porteføljestyregruppe, mens direktør Anders Kjærulff fra Holstebro Kommune, repræsenterer kommunerne i regionen.

Status, udfordringer og fremdrift

Sundhedsstyregruppen godkendt på mødet den 1. februar 2016 at der nedsættes en fælles regional/kommunal programstyregruppe i Region Midtjylland som bliver ansvarlige for udvikling og implementering af landsdelsprogrammet. Formandsskabet bliver identisk med repræsentanterne i den nationale porteføljestyregruppe.

Konkret vil arbejdet indebære at der skal udarbejdes og godkendes en implementeringsproces for landsdelsprogrammet i Region Midtjylland (hospitaler, kommuner og almen praksis). Telemedicinsk hjemmemonitorering skal forankres i organisationerne i form af nye samarbejdsaftaler, processer, instrukser og arbejdsgange.

Andre vigtige opgaver bliver afklaring af økonomi, it-infrastruktur, valg af telemedicinsk løsninger etc.

Der er ikke afsat statslige midler til at understøtte den lokale implementering i de 5 landsdelsprogrammer, og der skal derfor påregnes regional/kommunal medfinansiering i forbindelse med udbredelsen.

I rammebudgettet for national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er der i perioden 2016-2019 afsat i alt 47 mill. kr. af statslige midler til initiativet. Der udmøntes 35,5 mio. kr. i 2016, 3,7 mio. kr. i 2017, 3,7 mio. kr. i 2018 og 4,1 mio. kr. i 2019.

Heraf går 10 mill. kr. til at etablere de service- og logistikfunktioner, der skal håndtere de praktiske arbejdsgange, der er forbundet med at opsætte og nedtage telemedicinsk udstyr i borgernes hjem. Af de 47 mill. kr. er der afsat 21.3 mill. kr. til etablering og modning af den tekniske infrastruktur nationalt.

Konkret vil der være behov for finansiering af bl.a.:

- Organisering og implementering af landsdelsprogrammet
- Modning af den lokale telemedicinske infrastruktur
- Uddannelse/kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale
- Uddannelse af borgere
- Indkøb/leasing og drift af telemedicinsk udstyr.

Udgifterne og fordelingen af disse er på nuværende tidspunkt ukendt. Udgifterne vil bl.a. afhænge af hvilke borgere med KOL, der inkluderes, typen af udstyr, samt varigheden af udstyrets anvendelse hos den enkelte borger.

Hvad angår tidsperspektivet for udvikling og implementering af landsdelsprogrammet er der nationalt fremlagt en tidsplan med tilhørende milepæle. I henhold til den tidsplan vil inklusionen af borgere med KOL kunne inkluderes allerede ultimo 2016. Det skal understreges at der med de opgaver som går forud (organisering, udbud, valg af udstyr mm.), før telemedicin kan tilbydes til borgere i målgruppen, kan det ikke anses for realistisk før andet halvår 2017.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Punkt 7: Eventuelt

1-00-10-14

Beslutning

Christian Boel orienterede om, at Sundhedsstyrelsen (administrativ styregruppe for sundhedssamarbejdet) har drøftet, hvilke udviklingsområder i sundhedsaftalen, der med fordel kan være særlig fokus på de kommende år. Sundhedsstyrelsen har peget på arbejdsmarkedsområdet og ulighed i sundhed/differentieret indsats. Endvidere er der flere nationale initiativer på vej, som også fordrer en prioritering. Sundhedsaftalens arbejdsplan og en prioritering af udviklingsområder vil blive behandlet af Sundhedskoordinationsudvalget på møde den 13. juni 2016.

Sundhedsstyrelsen er ligeledes ved at give sundhedssamarbejdets administrative organisering et serviceeftersyn med henblik på en forenkling.