

REFERAT Udvalg vedrørende nære sundhedstilbud d. 06-11-2012

Mødedato Tirsdag d. 06. november 2012 kl. 09:00

Mødested Mødelokale F1, stuen, Regionshuset Viborg, Skottenborg 26, 8800 Viborg

Indholdsfortegnelse

Tværsæktorielt samarbejde i regi af Hospitalsenheden Horsens.....	3
Evaluering af Kronikerprojektprogrammet.....	4
Godkendelse af referat fra udvalgets møde den 2. oktober 2012.....	5
Udvidelse, ombygning og renovering af lægehuset i Hvide Sande (sag til forretningsudvalget).....	6
Udtalelse fra regionsrådet vedrørende Statsrevisorernes beretning om aktiviteter og udgifter i praks	8
National handlingsplan for udbredelsen af telemedicin (sag til forretningsudvalget).....	10
Orientering om lægedækningshøring.....	13
Gensidig orientering.....	15

Punkt 1: Tværsektorielt samarbejde i regi af Hospitalsenheden Horsens

1-34-72-4-10

Resume

Cheflæge Jørgen Schøler Kristensen vil fortælle om Hospitalsenheden Horsens samarbejde med de omkringliggende kommuner i klyngesamarbejdet.

Sagsfremstilling

Regionens hospitaler vil på skift i løbet af efteråret 2012 orientere det rådgivende udvalg om det tværsektorielle samarbejde i den klynge, som hospitalet indgår i.

På dette møde præsenterer Hospitalsenheden Horsens det tværsektorielle samarbejde i Horsensklyngen. Horsensklyngen dækker det tværsektorielle samarbejde mellem hospitalet, almen praksis og kommunerne Horsens, Hedensted, Skanderborg og Odder på det somatiske område.

Hospitalsenheden Horsens vil ligeledes orientere om status for Skanderborg Sundhedscenter.

Hospitalsenheden Horsens repræsenteres ved cheflæge Jørgen Schøler Kristensen.

Beslutning

Cheflæge Jørgen Schøler Kristensen holdt oplæg om Hospitalsenheden Horsens samarbejde med de omkringliggende kommuner i klyngesamarbejdet.

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud tog orienteringen til efterretning.

Plancher fra oplægget udsendes sammen med referatet.

Jacob Isøe Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Punkt 2: Evaluering af Kronikerprojektprogrammet

1-30-72-77-10

Resume

Region Midtjylland modtager i perioden 2010-2012 ca. 82 mio. kr. til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Indsatsen er tilrettelagt i et samlet kronikerprojektprogram og indeholder 28 projekter. 12 af projekterne er forlænget ind i 2013. Arbejdet med en samlet evaluering af projektprogrammet er startet op. Evalueringsprocessen strækker sig ind i 1. kvartal 2013, hvor regionen skal aflevere en slutrapport til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Direktionen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

I 2010 igangsatte Region Midtjylland 28 projekter indenfor rammerne af to centrale puljer til forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Kronikerprojektprogrammet tager afsæt i strategien "Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats" samt lokale behov på hospitalerne og i klyngerne for at understøtte implementering af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Indsatsområderne er:

- Implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for kronisk sygdom (KOL, Type 2 diabetes og hjertekarsygdom).
- Kronikerindsatsen i almen praksis.
- Patientundervisning og egenbehandling.
- Monitorering og dokumentation af kronikerindsatsen.

Hovedparten af projekterne afsluttes planmæssigt i 2012, og der er igangsat en samlet progamevaluering. Progamevalueringen danner en fælles ramme og metode for evalueringen af de 28 projekter. Den skal overordnet set bidrage til at afklare, om projekterne har medvirket til en omstilling af kronikerindsatsen og hvilke projekter, som skal videreføres og indgå i videreudviklingen af kronikerindsatsen. Evalueringen skal afleveres til Ministeriet i 1. kvartal 2013. Projekter, som er forlænget ind i 2013, skal i den sammenhæng aflevere en statusrapport, hvorefter der vil blive foretaget en egentlig evaluering, når projektet afsluttes.

Beslutning

Jesper Buchholdt Gjørup fra Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og Mette Kvist fra Nære Sundhedstilbud holdt oplæg om evaluering af kronikerprogrammet.

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud tog orienteringen til efterretning.

Plancher fra oplægget udsendes sammen med referatet.

Jacob Isøe Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Bilag

Design for progamevaluering juli 2012

Punkt 3: Godkendelse af referat fra udvalgets møde den 2. oktober 2012

1-01-81-5-12

Resume

Referat af mødet i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 2. oktober 2012 forelægges til godkendelse.

Direktionen indstiller,

at referat af mødet i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 2. oktober 2012 godkendes.

Sagsfremstilling

Der forelægges referat af mødet i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 2. oktober 2012.

Beslutning

Referatet blev godkendt.

Jacob Isøe Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Bilag

Referat_NS021012_aaben

Punkt 4: Udvidelse, ombygning og renovering af lægehuset i Hvide Sande (sag til forretningsudvalget)

1-30-72-29-11

Resume

Administrationen foreslår, at der gives en anlægsbevilling på 3,6 mio. kr. til udvidelse, ombygning og renovering af lægehuset i Hvide Sande. Projektet skal medvirke til bedre at sikre lægedækningen for befolkningen i Hvide Sande og på Holmsland. Huset lejes i dag ud til to praktiserende læger, men praksis er normeret til tre læger. Det er for tiden vanskeligt at rekruttere læger til bl.a. Hvide Sande. Det forventes, at udvidelsen og ombygningen af lægehuset vil forbedre rekrutteringsmulighederne.

Direktionen indstiller,

at der gives en anlægsbevilling på 3,6 mio. kr. (indeks 129,2), og der afsættes et rådighedsbeløb på 3,6 mio. kr. i 2012, og

at beløbet på 3,6 mio. kr. finansieres over budgettet for 2012 for praksissektoren m

Sagsfremstilling

Et væsentligt element i den rekrutteringsstrategi i forhold til almen praksis, som er vedtaget af samarbejdsudvalget mellem Region Midtjylland og PLO Midtjylland, er tilvejebringelse af gode klinikbygninger til flerlægepraksis i områder med rekrutteringsvanskeligheder.

For bedre at sikre lægedækningen, herunder fremme af generationsskifte, købte Region Midtjylland i 2008 lægehuset i Hvide Sande, som indtil da havde været ejet af lægerne selv. Nu lejes huset ud til lægerne på markedsvilkår. Da regionen købte lægehuset, var der kun én læge nedsat. Med hjælp fra vikarer var han alene om at varetage lægedækningen for det store antal patienter. Den 1. maj 2011 lykkedes det imidlertid at rekruttere en læge til at nedsætte sig i lægehuset.

Lægerne i Hvide Sande er et kompagniskab med aktuelt to praktiserende læger på henholdsvis 64 og 37 år. Lægehuset har tilknyttet et ledigt ydernummer, som det ikke har været muligt at besætte.

Mulighederne for at rekruttere læger til Hvide Sande er for tiden ikke de bedste, så det kan vise sig at blive vanskeligt at rekruttere en tredje læge. Men med gode bygningsmæssige rammer er det vurderingen, at mulighederne for at rekruttere yderligere en læge bliver bedre. Ligeledes vil der, indtil det lykkes at rekruttere en tredje læge, være plads til en vikar, hvilket især kan være påkrævet i de dele af året, hvor der er flest turister i området.

Antallet af tilmeldte gruppe 1 sikrede patienter er knap 3.200, men hertil kommer et meget betydeligt antal turister, som søger lægehuset med akut sygdom og skader. Der er altså god begrundelse for, at der er knyttet tre ydernumre til huset. Med tre læger er der også bedre mulighed for ferieafvikling for lægerne. Afstandene til de nærmeste lægepraksis i henholdsvis Ringkøbing (25 km) og Nørre Nebel (30 km) er så store, at lægerne i Hvide Sande ikke har reel mulighed for at lade deres patienter passe af nabolæger i forbindelse med fravær fra praksis.

Lægehuset er på 225 kvadratmeter. Med det behov for plads, der i dag er i en moderne lægepraksis, er der ikke plads til tre læger, klinikpersonale og en uddannelseslæge. I de sager, der har været i regionen i de seneste par år, om tilvejebringelse af lokaler til lægepraksis, er der til flerlægepraksis regnet med følgende arealbehov: 150 kvm til den første læge samt 80 kvm til hver af de efterfølgende læger.

Administrationen foreslår, at lægehuset i Hvide Sande udvides med 75 kvm, så der bliver plads til tre læger med personale samt en uddannelseslæge. Ligeledes foreslås det, at der i forbindelse med en udvidelse sker en ombygning og renovering af det eksisterende hus. Med det påtænkte byggeprojekt kan der tilvejebringes yderligere et konsultationsrum, et kontor, en større skadestue, et handicapt toilet, som huset ikke har i dag, og et lidt større personalerum. Hertil kommer en mere hensigtsmæssig fordeling af rummene i huset.

Det skønnes, at udgifterne til en udvidelse, ombygning og renovering af lægehuset vil beløbe sig til 3,6 mio. kr., som består af:

Nybygning: 75 kvm. á kr. 18.000 = 1,350 mio. kr.

Ombygning og renovering: 225 kvm. á 10.000 kr. = 2,250 mio. kr.

Beløbet foreslås finansieret af mindreforbruget i 2012 på området for praksissektoren mv.

	Drift 2012		Drift 2013 og frem		Flerårig anlægsbevilling ¹	Rådighedsbeløb	
	Udgift	Indtægt	Udgift	Indtægt		2012, indeks 129,2	2013, indeks 130,0
1.000 kr., 2012 p/l							
<i>Bevillingsændringer²</i>							
Udvidelse og ombygning af lægehuset i Hvide Sande	0	0	0	0	3.600	3.600	0
Bevillingsændringer i alt	0	0	0	0	3.600	3.600	0
<i>Finansiering³</i>							
Nære Sundhedstilbud Praksissektor mv.	-3.600						0
Ændring af anlægsbevilling					-3.600		
Finansiering i alt	-3.600	0	0	0	-3.600	0	0
Total	-3.600	0	0	0	0	3.600	0

¹Rådighedsbeløbene er først disponible, når regionsrådet har givet bevilling til et anlægsprojekt
²+ = øgede udgifter og - = reducerede udgifter / - = øgede indtægter og + = reducerede indtægter
³Der angives fuld finansiering af bevillingsændringen således at balancen går i 0

Beslutning

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

Jacob Isø Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Bilag

a2ce642d-05d2-40d7-b585-24496bab9674

Punkt 5: Udtalelse fra regionsrådet vedrørende Statsrevisorernes beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren (sag til forretningsudvalget)

1-35-72-28-11

Resume

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har anmodet regionsrådet om udtalelse om Statsrevisorernes beretning nr. 17/11 om aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Sammenfattende bemærker Statsrevisorerne, at Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne ikke har sikret en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Region Midtjylland er fremhævet som en region, der har udarbejdet et meget systematisk grundlag for kontrollen.

Direktionen indstiller,

- at Statsrevisorernes beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren tages til efterretning, og

- at udkast til udtalelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til Statsrevisorernes beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren godkendes.

Sagsfremstilling

Statsrevisorerne har den 29. august 2012 afgivet beretning nr. 17/11 om aktiviteter og udgifter i praksissektoren. I forlængelse heraf har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bedt de enkelte regioner fremsende udtalelse om de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen har givet anledning til.

Formålet med beretningen er at kortlægge de overordnede rammer for styringen af praksissektoren, herunder afdække reguleringen på området, og undersøge, om Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har sikret en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Statsrevisorernes bemærkninger til beretningen

Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har ikke sikret en tilfredsstillende styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren, og Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at der ikke i højere grad er mulighed for at styre, kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Der er få overordnede rammer og lovkrav til styringen og regionernes økonomiske ansvar overfor praksissektoren. Regionernes Lønnings- og Takstnævn og praksissektorens organisationer aftaler efter forhandling de specifikke aktiviteter og udgifter.

Der er tale om aftaler mellem parterne, der i høj grad er baseret på tillid til, at yderne indberetter de ydelser, der er givet. Regionernes kontrol heraf har ikke været tilfredsstillende, og sanktionerne har været mangelfulde. Dette skyldes blandt andet, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionale samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår.

Udgifterne til det offentlige sundhedsvæsen har i mange år været under pres, og derfor er det ikke tilfredsstillende, at produktivitetsfremgang i praksissektoren ikke fører til fald i honorarsatserne.

Statsrevisorerne bemærker desuden, at det i høj grad er borgernes efterspørgsel, der styrer aktivitetsniveauet i praksissektoren. Regionerne har ringe muligheder for at påvirke forbruget og har vanskeligt ved at budgettere præcist, da honorarsystemet betyder, at der betales for det leverede antal ydelser.

Regionernes kontrolmuligheder er ikke tilfredsstillende. Regionerne har ikke mulighed for at kontrollere hvilke ydelser, borgerne modtager og om honoraret modsvarer den modtagne ydelse. Desuden er det nødvendigt at foretage manuel kontrol og skønsmæssige vurderinger af en del af regningerne, da der er forbehold og undtagelser i de indgåede aftaler med yderne. Samtidig afgøres en væsentlig del af kontrollen med forbruget i samarbejdsudvalg, hvor regioner og praksissektorens organisationer er ligeligt repræsenteret. Under sidstnævnte bemærker Statsrevisorerne, at kontrollen ikke er tilrettelagt med udgangspunkt i bedste praksis.

Dog nævnes i beretningen, at der er forskel på, i hvilken grad regionerne har systematiseret den administrative kontrol af ydernes forbrug og afregningspraksis. Rigsrevisionen fremhæver Region Midtjylland som en region, der har udarbejdet et meget systematisk grundlag for kontrollen. Grundlaget beskriver planlægning og proces, og at kontrollen skal ske med udgangspunkt i en vurdering af risiko og væsentlighed. Rigsrevisionen finder, at regionerne bør styrke indsatsen på dette kontrolområde, dels for at sikre tilbagebetaling, dels for at opnå en præventiv effekt.

Udkast til udtalelse fra regionsrådet

Administrationens fremadrettede indsatser i forbindelse med styring af udgifter og aktiviteter i praksissektoren er vedlagt som bilag. Indsatserne omhandler blandt andet påvirkning af overenskomstforhandlingerne, flere forbrugsbegrænsende projekter og øget fokus på controlling og kommunikation med ydere og borgere.

Med udgangspunkt i Statsrevisorernes beretning og indsatsområderne er udarbejdet vedlagte udkast til udtalelse fra regionsrådet.

Beslutning

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

Jacob Isøe Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Bilag

Statsrevisorernes beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren

Udkast til udtalelse til Sundhedsministeriet

Punkt 6: National handlingsplan for udbredelsen af telemedicin (sag til forretningsudvalget)

1-31-72-196-12

Resume

Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner har i fællesskab udarbejdet en "National handlingsplan for udbredelse af telemedicin".

Regionsrådet orienteres om handlingsplanen, og der gøres særligt opmærksom på opgaver, der er nævnt eksplicit i dokumentet med betydning for Region Midtjylland.

Direktionen indstiller,

at orienteringen om handlingsplanen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner har i august 2012 aftalt en national handlingsplan for udbredelse af telemedicin.

Handlingsplanen indledes med en udførlig begrundelse for, hvorfor parterne sammen skal iværksætte en koordineret indsats for at udbrede telemedicinsk behandling med hensyn til projekternes nationale fokus, indhold, målsætning og økonomi.

Det bemærkes, at der i dag findes dokumentation for, at telemedicin kan være et bidrag til at løse de udfordringer, det danske sundhedsvæsen står overfor, f.eks. ændringer i demografi, mangel på og adgang til kompetencer i yderområder, bedre klinisk effekt med videre. Samtidig understreges det, at der mangler erfaringer med at gennemføre telemedicinske projekter i stor skala.

Der lægges derfor særlig vægt på betydningen af evalueringer af projekter i stor skala efter en systematisk skabelon. Evalueringerne skal danne grundlag for beslutninger om og opfølgning på de nationale telemedicinske løsninger. Evalueringerne vil også have betydning for kommende beslutninger om nye former for telemedicin med det bedste potentiale til at blive udbredt i stor skala, f.eks. med hensyn til antal patienter involveret, mulighed for at høste gevinster ved bedre samarbejde inden for og på tværs af sundhedsvæsenets sektorer eller mulighed for at generalisere projekterne til andre områder.

Fem telemedicinske projekter

Der er imellem parterne aftalt fem større telemedicinske projekter:

1. Klinisk integreret hjemmemonitorering som bidrag til en national infrastruktur til telemedicin.
2. Hjemmemonitorering af patienter med kronisk lungelidelse (KOL) i Region Nordjylland.
3. National udbredelse af telemedicinsk sårsvurdering.

4. Demonstration og udbredelse af telepsykiatri ved hjælp af videokonferencer.
5. Demonstration af internetpsykiatri (depression).

1. Klinisk integreret hjemmemonitorering som bidrag til en national infrastruktur til telemedicin

I projektet om hjemmemonitorering af kroniske patienter er der udpeget fem forskellige patientgrupper. Region Midtjylland er repræsenteret ved Aarhus Universitetshospital med to patientgrupper: Patienter med type 2 diabetes og gravide med komplikationer. Der skal i projektet etableres standarder for dataudveksling, hvor sådanne ikke findes i dag, og opstilles en national infrastruktur til opsamling, lagring og anvendelse af data fra patienter, som bliver monitoreret hjemme. Chef-læge Claus Thomsen, Aarhus Universitetshospital, er udpeget som formand for den samlede styregruppe, der omfatter Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

2. Hjemmemonitorering af patienter med kronisk lungelidelse (KOL) i Region Nordjylland

KOL-projektet etableres i Region Nordjylland. Det er det første forsøg i fuld skala med hjemmemonitorering, hvor potentielt alle KOL-patienter, samtlige kommuner, alle praktiserende læger og sygehusene i en hel region indgår. Man har i et tidligere projekt oparbejdet erfaringer med løsningen og beskrevet en solid forretningsmodel for projektet i skala for en hel region. Region Midtjylland følger projektet nøje i det, der forventes vigtige erfaringer med hjemmemonitorering i en driftsløsning i stor skala for en hel region.

Projektholderne ønsker at anvende samme platform til opsamling af data som projektet om hjemmemonitorering. Region Midtjylland og Region Hovedstaden samarbejder derfor med Region Nordjylland om en fælles løsning.

3. National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering

Den nationale udbredelse af telemedicinsk sårvurdering dækker en arbejdsgang, hvor hjemmesygeplejersker med kameraet i sin mobiltelefon kan optage billeder af sår og sende disse til en central sårdatabase. Ambulatoriet, egen læge, hjemmeplejen, patienten og pårørende kan via en webbaseret adgang se behandlingsplanen og følge sårheling. Projektet beskrives i særlig grad som et organisatorisk projekt, hvor samarbejdet mellem hospitaler, den kommunale pleje og praktiserende læger er i fokus. Der er ikke tale om ny behandling, men snarere ændringer i måden, den leveres på sammenlignet med i dag. Med projektet adresseres derfor opgaveglidning, ændret rollefordeling og nye arbejdsgange i det tværsektorielle samarbejde.

Organisationen MedCom, som er et samarbejde mellem offentlige myndigheder, virksomheder og organisationer med tilknytning til den danske sundhedssektor, er projektleder, og har til opgave at etablere en central organisation til implementering af projektet. Der skal etableres en 'lokal projektorganisation' med afsæt i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. I Region Midtjylland vil der i regi af klyngestyregrupperne blive nedsat lokale implementeringsgrupper med deltagelse af hospitalerne og kommunerne i deres respektive optageområder, ligesom deres klyngestyregrupper vil spille en rolle i forhold til koordinering af indsatserne. Der er etableret en regional implementeringsgruppe, som koordinerer Region Midtjyllands indsatser. Der skal gennemføres et nationalt udbud af den tekniske løsning bag sårvurdering.

4. Demonstration og udbredelse af telepsykiatri ved hjælp af videokonferencer

Anvendelsen af videokonferencer i voksenpsykiatrien skal understøtte samarbejdet mellem psykiatriske afdelinger, distriktskykiatrien og kommunale bosteder.

Forventningen er, at alle afdelinger i hele landet anvender videokonferencer i koordineringen af patientbehandling ved udgangen af 2014. Hver region skal etablere en lokal projektorganisation med ansvar for den lokale implementering,

mens den nationale projektledelse varetages af MedCom.

5. Demonstration af internetpsykiatri (depression)

Demonstration af internetpsykiatri forankres på Odense Universitetshospital, og dækker patienter med let til moderat depression bosiddende i Region Syddanmark.

Iværksættelse af handlingsplanen

Center for Telemedicin i Region Midtjylland er i samarbejde med de relevante driftsenheder aktivt involveret i de fem projekter. Der vil den 18. marts 2013 blive planlagt temamøde for regionsrådet om telemedicin og opfølgning på handlingsplanen.

Beslutning

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

Jacob Isøe Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Bilag

Telemedicinsk - handlingsplan

Telemedicin - nøgle til fremtidens sundhedsydelser

Punkt 7: Orientering om lægedækningshøring

1-30-72-76-08

Resume

I henhold til § 7 i overenskomst om almen lægegerning træffes årligt beslutning om, hvor mange lægekapaciteter, der ønskes nedsat i regionen. Beslutningen træffes på baggrund af en høring af samtlige regionens praksis.

80,5 % af samtlige lægepraksis i Region Midtjylland har besvaret lægedækningshøringen. Overordnet viser høringen, at 76 % af regionens praksis kan tage flere patienter. Der er dog stadig områder, som vil være sårbare ved lægeophør, særligt Vestsalling, Hvide Sande og Grenaa. Ved ophør i disse områder foreslås særlige rekrutteringsinitiativer anvendt, hvis ydernummeret ikke kan besættes på vanlig vis via praksissalg. I stedet kan et såkaldt 0-ydernummer udbydes bredt, dvs. uden at være tilknyttet en specifik praksis. Ydernummeret foreslås placeret i et af de læge-/sundhedshuse, som er bygget til formålet.

Direktionen indstiller,

at orienteringen om ekstra lægekapacitet i Region Midtjylland tages til efterretning, og

at mulige lægedækningsinitiativer ved lægeophør i sårbare områder drøftes.

Sagsfremstilling

I henhold til overenskomst om almen lægegerning træffes årligt beslutning om, hvor mange lægekapaciteter, der ønskes nedsat i regionen.

Jf. overenskomstens § 7 stk. 2-5 fastsættes lægedækningen med udgangspunkt i en høring af alle eksisterende praksis i regionen. Alle praksis er inden 1. oktober blevet spurgt om, hvor mange patienter de højest ønsker tilmeldt. Også praksis lukket for tilgang og delepraksis er blevet hørt. Jf. § 7 stk. 3 har høringen *'til formål at synliggøre en uudnyttet behandlingskapacitet i regionen, som kan inddrages i planlægningen'*. Praksis har som udgangspunkt ikke kunnet melde ind med et lavere antal end 1.600 patienter pr. lægekapacitet, ligesom delepraksis ikke har kunnet melde ind med et lavere antal patienter end det antal, som er fastsat som mindstegrænse ved tildelingen af delepraksistilladelse.

Resultatet af høringen sammenholdes med *'det samlede antal patienter i regionen pr. 1. oktober, den geografiske spredning af læger og patienter og andre relevante forhold, herunder en vurdering af udviklingen i arbejdsmængden i almen praksis'*, jf. § 7 stk. 6.

80,5 % af samtlige lægepraksis i Region Midtjylland har besvaret lægedækningshøringen. Overordnet viser høringen, at 76 % af regionens praksis kan tage flere patienter. Den ekstra kapacitet kan skyldes to ting: 1) at praksis vurderer at kunne tage et højere patientantal end det pt. tilmeldte, eller 2) at praksis har færre end 1.600 patienter tilmeldt pr. kapacitet, som er normalt – med mindre praksis af særlige årsager har lukket for tilmelding.

Lægedækningshøringen viser en ekstra lægekapacitet i samtlige kommuner. Dog er den ekstra kapacitet tilsyneladende lavere sammenlignet med sidste år, på trods af, at der er kommet flere læger i almen praksis i samme periode.

Selvom der overordnet set er fin lægedækning, vurderes tre områder at være særligt sårbare ved eventuelt lægeophør: Vestsalling, Hvide Sande og Grenaa. I disse områder kræves særlige rekrutteringsinitiativer ved en ældre læges ophør, såfremt ydernummeret i den pågældende praksis ikke kan besættes på vanlig vis via praksissalg. I stedet kan et såkaldt 0-ydernummer – et ydernummer uden på forhånd tilmeldte patienter – udbydes bredt, dvs. uden at være tilknyttet en specifik praksis. Ydernummeret kan tidligere have været tilknyttet en praksis, som f.eks. ikke har været i stand til at genbesætte det efter en læges ophør. I sådanne tilfælde falder ydernummeret tilbage til regionen, som kan udbyde det uden forudgående godkendelse i samarbejdsudvalget for almen praksis.

Ydernummeret foreslås placeret i et af de læge-/sundhedshuse, som er bygget til formålet. Regionen disponerer pr. 1. november 2012 over 11 ledige ydernumre, som kan anvendes til ovenstående formål.

Hvis ydernummeret heller ikke kan besættes via denne fremgangsmåde, kan der alternativt oprettes en vikarordning, nedsættes et licensydernummer, eller i sidste ende etableres en regionsklinik.

Som ovenfor nævnt er der ikke lægemangel, men snarere en skæv fordeling af praktiserende læger i regionen. En metode til at fordele den påviste og ekstra lægekapacitet mere jævnt er at ændre kilometergrænserne for, hvornår læger kan afvise at få en patient tilmeldt sin praksis fra 15 km. til 25 km. En sådan ændring forventes ikke at føre til et væsentligt ekstra antal hjemmebesøg (3,5 ekstra besøg om året pr. læge).

Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud tog orienteringen til efterretning.

Jacob Isøe Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Bilag

Resultat af lægedækningshøring 2012

Punkt 8: Gensidig orientering

1-01-81-1-10

Sagsfremstilling

Gensidig orientering for udvalgets medlemmer.

Beslutning

Kort orientering om den kommende studietur.

Jacob Isøe Klærke, Leif Lund, Susanne Buch Nielsen og Poul Müller var forhindrede i at deltage i sagens behandling.