

REFERAT Sundhedskoordinationsudvalget d. 28-11-2016

Mødedato Mandag d. 28. november 2016 kl. 14:00

Mødested Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Alle 15, 8200 Aarhus N, mødelokale 15

Indholdsfortegnelse

Mødedeltagere.....	3
Udvikling i den regionale psykiatri.....	4
Orientering - Psykiatriplan 2017 i høring.....	5
Drøftelse og afrunding af input til Strategi for Region Midtjyllands indsats i det nære og sammenha	6
De nationale mål og sundhedsaftalen.....	8
Praksisplan for almen praksis.....	10
Samarbejdsaftale på respirationsområdet.....	12
Eventuelt.....	14

Punkt 1: Mødedeltagere

1-00-10-14

Sagsfremstilling

Udvalgsmedlemmer:

Mads Jakobsen, Struer Kommune

Nils Borring, Favrskov Kommune

Tage Nielsen, Skanderborg Kommune

Jette Skive, Århus Kommune

Hans Jørgen Hansen, Hedensted Kommune

Jette Dam-Hansen, Praktiserende læge, PLO – Midtjylland

Henrik Kise, praktiserende læge, PLO-Midtjylland

Bente Nielsen

Morten Flæng

Lene Fruelund

Jørgen Nørby

Lone Langballe

Administrative repræsentanter:

Anders Kjærulf, direktør, Holstebro Kommune

Kate Bøgh, direktør, Favrskov Kommune

Kjeld Berthelsen, Struer Kommune (afbud)

Jonna Holm Pedersen, Konsulent, KKR - Midtjylland

Mads Venø Jessen, Konsulent, KOSU (afbud)

Sine Møller Sørensen, Konsulent, KOSU

Christian Boel, koncerndirektør, Region Midtjylland

Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Region Midtjylland

Dorthe Klith, chefkonsulent, Region Midtjylland

Beslutning

Afbud:

Kjeld Bertelsen, Struer kommune

Mads Venø Jessen, KOSU

Punkt 2: Udvikling i den regionale psykiatri

1-30-72-228-12

Resume

På mødet vil direktør i Regionspsykiatrien Gert Pilgaard præsentere den udvikling og de udfordringer, som regionspsykiatrien arbejder med.

Indstilling

at præsentationen af udviklingen i regionspsykiatrien tages til orientering

Sagsfremstilling

På mødet i Sundhedskoordinationsudvalget den 29. september 2016 ønskede medlemmerne en nærmere introduktion til den udvikling, som kendetegner regionspsykiatrien.

Direktør for regionspsykiatrien Gert Pilgaard vil på mødet give en orientering om udviklingen i regionspsykiatrien samt et regionalt perspektiv på behov og muligheder i samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis.

Der vedlægges et notat, som kort skitserer typer af senge i regionspsykiatrien.

Beslutning

Indstillingen blev godkendt.

Gert Pilgaards oplæg er vedlagt referatet.

Oplægget gav anledning til en drøftelse af, hvad der er årsag til aktivitetsvæksten på psykiatri-området herunder behovet for at forebygge.

Der blev desuden rejst en fælles problemstilling om henvisninger på børne-ungdoms psykiatri-området i forhold til samarbejdet mellem PPR i kommunen, praktiserende læger og den regionale børne-ungdoms psykiatri. Sundhedskoordinationsudvalget ønskede, at der bliver set nærmere på om henvisningsforløbene kan optimeres.

Bilag

Sengetyper i psykiatrien

Psykiatrien i bevægelse-oplæg 28. november

Punkt 3: Orientering - Psykiatriplan 2017 i høring

1-31-72-26-16

Resume

Region Midtjylland har udarbejdet et udkast til Psykiatriplan 2017, som forventes sendt i høring i perioden 28. november 2016-12. januar 2017. Der er tale om en strategisk plan, der udstikker retningen for behandlingen af borgere med psykisk sygdom i Region Midtjylland i de kommende år. Der orienteres om indholdet i Psykiatriplan 2017.

Indstilling

- at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Region Midtjylland har udarbejdet et udkast til Psykiatriplan 2017. Det forventes, at psykiatriplanen sendes i høring i perioden 22. december 2016-6. februar. Alle kommuner i Region Midtjylland og PLO-M er høringsparter.

Visionen for Psykiatriplan 2017 er "Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom – på patientens præmisser". Der er tale om en strategisk plan, der udstikker retningen for behandlingen af borgere med psykisk sygdom i Region Midtjylland i de kommende år. Psykiatriplanen er ikke begrænset til en bestemt årrække, men implementeringen påbegyndes i 2017. På baggrund af Psykiatriplan 2017 udarbejdes årligt en årsplan, hvor strategierne udmøntes i konkrete tiltag.

Blandt de udfordringer, der fremhæves i psykiatriplanen, er ulighed i sundhed. Psykiatriske patienters somatiske sundhedstilstand er markant dårligere end sundhedstilstanden i befolkningen generelt, hvilket blandet andet skyldes, at somatiske sygdomme ofte underdiagnosticeres og underbehandles hos mennesker med psykisk sygdom. En anden udfordring, der fremhæves, er utilstrækkelig sammenhæng og uklar opgavefordeling på tværs af sektorerne, som betyder, at særligt de svageste patienter risikerer at lande mellem to stole.

Med udgangspunkt i udfordringerne og med fokus på de otte mål for sundhedsvæsenet fastlægger psykiatriplanen derefter en række strategier, som skal præge udviklingen af det psykiatriske område i de kommende år.

Eksempler på strategier i Psykiatriplan 2017

I strategierne fremhæves Sundhedsaftalen som et redskab til at styrke samarbejdet mellem psykiatrien, somatikken, kommunerne og almen praksis, så der sikres sammenhæng mellem de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på tværs af sektorer. Eksempelvis er der en fælles opgave i forhold til at forebygge, at mennesker med psykisk sygdom også udvikler livsstilssygdomme. Der lægges derfor op til, at fagpersonerne systematisk screener for KRAM-faktorerne og henviser til relevante kommunale forebyggelsestilbud. På samme måde har de fagpersoner, der indgår i en længerevarende relation med et menneske med psykisk sygdom et særligt ansvar for at lægge mærke til tegn på begyndende sygdom, ligesom fagpersoner omkring personer med alvorlige somatiske sygdomme har et ansvar for at bemærke tegn på eksempelvis angst eller depression.

Psykiatriplan 2017 har ligeledes fokus på at udbygge samarbejdet mellem region, almen praksis og kommunerne, så de eksisterende tilbud udnyttes fuldt ud, og så patienterne ikke oplever, at der opstår et hul i forløbet i forbindelse med sektorovergangene. Almen praksis og kommunerne skal desuden have let adgang til at søge rådgivning i behandlingspsykiatrien.

Endelig lægger Psykiatriplan 2017 op til, at der sættes fokus på øget inklusion af mennesker med psykisk sygdom, eksempelvis via tidlige indsatser i almen praksis og kommunerne, så de så vidt muligt kan blive i eget hjem og i lokalmiljøet. Samtidig sættes fokus på en tidlig og koordineret indsats i forhold til langtidssygemeldinger.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Kommunerne fremlagde et ønske om, at høringsperioden udvides til primo marts 2017 med henblik på at skabe den fornødne tid til politisk behandling i kommunerne. Regionen vil tage ønsket med i den videre behandling af strategiu.dk

Punkt 4: Drøftelse og afrunding af input til Strategi for Region Midtjyllands indsats i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

1-30-72-225-15

Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget giver input til Strategi for Region Midtjyllands indsats i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Sagsfremstilling

Baggrund

Regionsrådet har i forbindelse med aftale om Budget 2016 besluttet, at der skal udarbejdes en samlet strategi for regionens indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Kommunerne har i regi af Sundhedskoordinationsudvalget tidligere udtrykt ønske om, at der blev afsat den fornødne tid til inddragelse. Med afsæt i dette, har regionen justeret den oprindelige tidsplan.

På baggrund af et kommunalt ønske om bedre tid til at indhente input fra kommunerne, blev Sundhedskoordinationsudvalget på møde den 13. juni 2016 orienteret om en revideret tids- og procesplan for udarbejdelsen af Strategi for Region Midtjyllands indsats i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Den reviderede tids- og procesplan inkluderede, at bidrag og input fra kommuner afrundes og drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget

I forhold til kommunal inddragelse har kommunerne haft mulighed for at give input på administrativt niveau i klyngestyregrupperne i juni 2016. På politisk niveau har Kommunekontaktudvalget drøftet strategien den 26. september 2016, og Det rådgivende udvalg for Nære Sundhedstilbud har inviteret de kommunale formænd og næstformænd for de 19 social- og sundhedsudvalg samt Sundhedskoordinationsudvalget til politisk møde om strategien den 23. november 2016. Sidstnævnte møde var først fastlagt til den 13. september 2016 men blev aflyst på grund af for få tilmeldinger grundet stor travlhed i kommunerne med budgetforhandlinger.

Indhold i strategi

Sundhedsaftalen, Sundhedsplanen, Psykiatriplanen og de nationale mål for sundhedsområdet er grundlag for en kommende strategi. Med afsæt i sundhedsaftalen har Region Midtjylland, kommunerne og praksissektoren et overordnet mål om, at 'Vi vil have mere sundhed - og sundheden skal være for alle'. Det indebærer, at kommuner, hospitaler og praktiserende læger arbejder tæt sammen for at give borgeren det bedste forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag, og hvor alle, uanset sociale vilkår, får samme mulighed for at få et sundt liv og blive behandlet for deres sygdom. Dette er udkrystalliseret i tre fælles visioner:

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

Vedhæftede plancher beskriver fem foreløbige strategispor, som er beskrevet med afsæt i en workshop i regionsrådet den 27. marts 2016, og danner afsæt for drøftelsen på det politiske møde den 23. november 2016.

Strategispor

1. Fælles og integrerende samarbejdsformer på tværs af sektorer
2. Regional understøttelse af kommunale sundhedsløsninger tæt på borgerne
3. Regionale sundhedsløsninger tæt på borgerne
4. Proaktiv og differentieret indsats
5. Fokus på strukturelle barrierer.

Input fra møder i klyngestyregrupperne

Klyngestyregruppernes input kan opsummeres til:

- Generel anerkendelse af strategisporene

- Kommunerne kunne have ønsket tidligere inddragelse, men værdsætter at de nu får muligheden for at give input – hold fokus på at sikre bredt ejerskab, selvom det er en regional strategi
- På patientens/borgerens præmisser – men omkostningseffektive løsninger; vi skal følge de økonomiske konsekvenser af, at vi gør det, der er bedst for borgeren
- Interesse for friklyngeforsøg (hvor klyngen på et eller flere områder holdes fri af de gældende statslige krav og regler; formålet er at tænke kreativt og fornyende i løsningen af kerneopgaverne, hvor der måles på resultater og kvalitet frem for at fokusere på processer og regler)
- Opgaveløsningen skal i højere grad være fælles mellem hospitaler og kommuner og gerne med større integrering af almen praksis
- Manglende mulighed for deling af data på tværs af sektorer er en væsentlig barriere
- Der er behov for fokus på at undgå geografisk ulighed – respekt for geografisk forskellighed men uden dermed at skabe større ulighed for borgerne
- Vigtigt at medtænke psykiatri-, social- og arbejdsmarkedsområdet - særligt i forhold til at mindske social ulighed
- Fokus på håndtering af borgerforløb, der ikke umiddelbart kan håndteres med etablerede tilbud og ydelser - fx dårligt fungerende psykiatriske patienter, hvor mulige løsninger kunne være at prioritere udgående hospitalsressourcer til denne gruppe eller støtte fra hospitalet til, at kommuner varetager forløb for fx de psykiatriske patienter, der ikke kan følge et ambulant forløb
- I forhold til udgående teams fra hospitaler opfordres der til i højere grad at bruge teknologi og rådgivning. Så kan og vil flere kommuner gerne være med. Opgaver, der kan løses af kommuner og praktiserende læger, skal ikke løses af specialister
- Kommunalt ønske om at hospitaler hjælper med at afklare, hvad der fagligt forsvarligt kan løses af kommunerne; kommunalt ønske om adgang til kompetencer, de ikke selv kan levere
- Praktiserende læger kunne ønske mulighed for hurtigere adgang til afklarende diagnostiske undersøgelser i hospitalsregi
- Strategien er ambitiøs. Med afsæt i Region Midtjyllands måltrekant ønskes 'et sundhedsvæsen på patientens præmisser' og 'den bedste kvalitet' (planche 5). Det bør vurderes, om der er levnet plads.

Input fra det politiske møde den 23. november 2016 eftersendes.

Beslutning

Kommunerne kvitterede for, at regionen valgte at flytte det politiske møde, så flere kommuner fik mulighed for at deltage. Der var bred enighed om, at det var et godt og konstruktivt møde.

Kommunale input til strategien er vedlagt referatet. På mødet blev det endvidere bemærket:

- at det kan være interessant at afprøve forsøg med fælles ledelse og fælles økonomi i en afgrænset geografi
- at kommunerne er meget forskellige, og at løsningerne derfor kan være forskellige, men at samme høje kvalitet skal være tilstede.
- kompetenceudvikling er et centralt område

Bilag

SKU 281116 Præsentation af strategispor politisk møde 231116

input politisk møde 231116

Input fra Fælleskommunalt møde den 23. november - opsamling

Punkt 5: De nationale mål og sundhedsaftalen

1-30-72-228-12

Resume

De nye nationale mål har givet anledning til at samstemme sundhedsaftalens mål og de nationale mål. Der er udarbejdet et forslag til et målbillede, der forener sundhedsaftalens mål og de nationale mål.

At Sundhedskoordinationsudvalget godkender det overordnede målbillede for sundhedsaftalen At Sundhedskoordinationsudvalget godkender den videre proces for arbejdet vedr. prioritering af indikatorer og afrapportering

- at Sundhedskoordinationsudvalget godkender det overordnede målbillede for sundhedsaftalen
- at Sundhedskoordinationsudvalget godkender den videre proces for arbejdet vedr. prioritering af indikatorer og afrapportering

Indstillingen ændret til, at status for arbejdet tages til orientering

Sagsfremstilling

Regeringen, Danske Regioner og KL er enige om 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Med de nationale mål er der lagt op til en større omstilling på sundhedsområdet. En omstilling, som i højere grad sætter fokus på kvalitetsudvikling fremfor kvalitetskontrol og på klare mål og resultater, som skaber værdi for patienten og borgeren.

De nationale mål skal sikre, at alle sundhedsvæsenets aktører – hospitalerne, kommunerne og almen praksis – arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet og samtidig gøre det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer.

De otte nationale mål er:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Behandling af høj kvalitet
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen

Det fremgår af parternes forståelsespapir, at de nationale mål bør ses i sammenhæng med sundhedsaftalen, og at der stræbes efter overensstemmelse mellem de nationale mål og de mål, som er aftalt og aftales i regi af sundhedsaftalerne.

På baggrund af mødet i Sundhedskoordinationsudvalget den 13. juni 2016 blev et arbejde med at forene sundhedsaftalens mål og de nationale mål mest muligt i gang sat. Sundhedskoordinationsudvalget blev orienteret om dette arbejde på mødet den 29. september 2016. Her gav udvalget bred tilslutning til at søge mest mulig samt stemthed mellem de nationale mål og sundhedsaftalens mål, dog sådan, at sundhedsaftalens mål vedr. lighed i sundhed, børn og unge, arbejdsmarked og borgere med psykisk sygdom fortsat indgår i målbilledet.

De øvrige mål fra sundhedsaftalen – Flere borgere er trygge, når de i deres behandlingsforløb krydser sektorgrænser samt Behovet for akutte indlæggelser reduceres – er indeholdt i de nationale mål om Bedre sammenhængende patientforløb, Styrket indsats for kronikere og Øget patientinddragelse.

Med dette udgangspunkt er forslag til nyt målbillede for sundhedsaftalen udarbejdet.

Næste skridt

Der i gang sættes en tværsektoriel proces vedr. prioritering af indikatorer, udvikling af indikatorer samt forslag til en afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget.

Der vedlægges en opdateret statusoversigt over indsatser i regi af sundhedsaftalen.

Beslutning

Der blev givet en kort status for arbejdet. Ambitionen om at konvergere de nationale mål og sundhedsaftalens mål til et fælles målbillede har vist sig vanskelig bl.a. fordi genstandsfelten for de nationale mål ikke fuldstændigt dækker sundhedsaftalens genstandsfelt bl.a. i forhold til børn og unge.

På administrativt niveau drøftes en model, hvor der fortsat arbejdes ud fra både nationale mål og sundhedsaftalens mål. Der udarbejdes et forslag til afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget, som vil rumme relevante indikatorer fra de nationale mål samt de indikatorer i sundhedsaftalen, som ikke er omfattet af de nationale mål/indikatorer.

Bilag

Indsatsområder Sundhedsaftale 2016 version SKU 281116

Punkt 6: Praksisplan for almen praksis

1-01-72-13-14

Resume

Praksisplan for almen praksis 2016, med ændringsforslag på baggrund af høringssvar, forelægges Sundhedskoordinationsudvalget mhp. evt. bemærkninger inden endelig behandling i Praksisplanudvalget.

Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget giver evt. bemærkninger til vedlagte Praksisplan for almen praksis

Sagsfremstilling

Praksisplanudvalget for Region Midtjylland, med deltagelse af kommuner, almen praksis og region, blev nedsat primo 2014 med baggrund i ændringen af sundhedsloven. Praksisplanudvalgets primære formål er at udarbejde en praksisplan for almen praksis, der skal beskrive hvilke opgaver, almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen og overvejelser vedr. kapacitet i almen praksis.

I regi af Praksisplanudvalget er der udarbejdet en *Praksisplan for almen praksis 2016*. Praksisplanen inkluderer en 1. del, der har været behandlet i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. september 2014. Praksisplanen har været i bred høring i perioden 28. september - 8. november 2016 og indstilles til godkendelse i Praksisplanudvalget den 15. december 2016. Jf. Sundhedsstyrelsens *Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, 2013* skal praksisplanen inden godkendelse forelægges Sundhedskoordinationsudvalget.

Den vedhæftede version af praksisplanen inkluderer den administrative styregruppe bag Praksisplanudvalgets ændringsforslag på baggrund af høringssvar, og er den version, der indstilles til godkendelse i Praksisplanudvalget den 15. december 2016. Der er endvidere vedhæftet plancher med baggrund, formål, indhold og videre proces samt oversigt over høringssvar.

Sundhedskoordinationsudvalget bedes give evt. bemærkninger til praksisplanen. Bemærkninger medsendes til Praksisplanudvalget, når de den 15. december 2016 behandler planen med henblik på godkendelse.

Praksisplanen for almen praksis udgør det lokale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis. Høringsudkastet er udarbejdet i Praksisplanudvalget, hvor der sidder politiske repræsentanter for PLO-Midtjylland, kommunerne og regionen.

Praksisplanen beskriver

- hvilke opgaver almen praksis skal varetage i et samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- hvilke snitflader og sammenhænge, der er til det øvrige sundhedsvæsen
- hvordan det øvrige sundhedsvæsen kan understøtte almen praksis til at løfte disse opgaver
- den kapacitetsplanlægning, som er forudsætning for opgaveløsningen.

Praksisplanen skal bidrage til at konkrete indsatser, som er besluttet i sundhedsaftalen, og hvor almen praksis er involveret, indgår i praksisplanen og ved behov følges op af en underliggende aftale.

Praksisplanen fastsætter konkrete anbefalinger indenfor en række temaer:

- lægedækning
- lokal opgavevaretagelse
- tilgængelighed
- lokal kvalitetsudvikling.

Beslutning

Der var fra udvalgets side tilfredshed med, at der nu foreligger en plan.

Der blev desuden rejst et spørgsmål om, hvorvidt det fremadrettet vil være hensigtsmæssigt at fusionere Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget, fordi det opleves som meget sammenfaldende problemstillinger, som drøftes i regi af de to udvalg.

Det blev endvidere drøftet, hvorvidt det vil være en fordel, hvis tidspunktet for Sundhedsaftalens udarbejdelse rykkes 1-2 år for derved at give det nye Sundhedskoordinationsudvalg bedre tid til at udforme aftalen. Ovenstående vil kræve en

ændring i den nuværende lovgivning.

Punktet behandles på næste møde. Det undersøges, om der er lignende overvejelser i de øvrige Sundhedskoordinationsudvalg.

Bilag

Praksisplan for almen praksis 2016 MED VISTE ÆNDRINGER 161116

PP Praksisplan almen praksis 270916

Opsummering af høringssvar 171116

Punkt 7: Samarbejdsaftale på respirationsområdet

1-42-72-1-07

Resume

Region Midtjylland og de midtjyske kommuner har siden april 2016 arbejdet på en samarbejdsaftale vedrørende fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens. Disse borgere skal typisk have både respirationshjælp/overvågning (regionalt myndighedsområde) samt hjælp til personlige og praktiske gøremål (servicelovens §§ 83, 85, 95 eller § 96) i hjemmet. Ved en fælles hjælperordning varetager det samme hold af medarbejdere begge typer af opgaver. Udkast til samarbejdsaftale er godkendt i sundhedsstyregruppen. Det forventes, at samarbejdsaftalen træder i kraft pr. 1. februar efter godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget, kommunerne og Regionsrådet.

Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget godkender forslaget til samarbejdsaftale med henblik på videre politisk behandling i regionen og kommunerne

Sagsfremstilling

Baggrund

Region Midtjylland og de midtjyske kommuner har siden april 2016 arbejdet på en samarbejdsaftale om den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens. Disse borgere skal typisk have både respirationshjælp/overvågning (regionalt myndighedsområde) samt hjælp til personlige og praktiske gøremål (servicelovens §§ 83, 85, 95 eller § 96) i hjemmet. Ved en fælles hjælperordning varetager det samme hold af medarbejdere begge typer af opgaver.

Baggrunden er ændret lovgivning og retningslinjer på området, der trådte i kraft den 31. august 2015, og som forpligter regionen og kommunerne at indgå aftale om den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger. Reglerne skal bl.a. at sikre, at borgeren får størst mulig indflydelse på eget liv og samtidig får behandling af høj kvalitet. Endvidere skal de understøtte, at regioner og kommuner tilrettelægger de fælles hjælperordninger på en hensigtsmæssig måde, herunder at regionen og kommunernes administration af fælles hjælperordninger forenkles og samlet set reduceres.

Sundheds- og ældreministeriet har efter forhandlinger med Danske Regioner og KL fastsat en central fordelingsnøgle for fordelingen af udgifterne til de fælles hjælperordninger. Den centrale fordelingsnøgle er fastsat således, at regionen betaler 67% af udgiften, og kommunen afholder 33% af udgiften.

Det indgår endvidere som en del af sundhedsaftalen 2015-2018, at der skal indgås en samarbejdsaftale mellem region og kommuner på respirationsområdet.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe med kommunale og regionale repræsentanter til at udarbejde et forslag til aftalen.

Målgruppen

Opgjort pr. 18. april 2016 er der 161 borgere (både børn og voksne) i regionen, der er visiteret til hjælperordning i eget hjem pga. respirationsinsufficiens. Et hjælperhold i 24 timer (bestående af både faglært og ufaglærte hjælpere) koster ca. 2 mio. pr. borger pr. år, som deles mellem region og kommune. I dag forhandles der i hvert enkelt forløb om den konkrete fordeling af udgifterne. I nogle forløb har der ikke kunnet opnås enighed om en fælles hjælperordning. Pr. 18. april 2016 var der indgået aftale om fælles hjælperordning for 136 borgere, hvoraf regionen betaler 164 mio. kr. (62%) om året, mens kommunerne betaler 100 mio. kr. (38%). Det estimeres, hvis man ser på fordelingen af udgifterne til alle 161 forløb, at regionens andel er ca. 66 %, mens kommunerne bidrager med ca. 34 %.

Samarbejdsaftalen

I vejledningen fra Sundheds- og Ældreministeriet fremgår det, at aftalen skal omhandle den samlede tilrettelæggelse af fælles hjælperordninger herunder særligt de emner, der erfaringsmæssigt kan opstå tvivl og uenighed om. Dette indebærer, at der skal indgås en generel aftale for fordelingen af udgifterne til de fælles hjælperordninger, samt eventuelle særlige principper for fordeling af udgifter i følgende tilfælde:

1. opstart af fælles hjælperordning
2. den periode det tager at oplære et hjælperhold

3. hvis borgeren bliver indlagt på hospital
4. hvis kravene til hjælpernes kompetencer for at varetage respirationsbehandling og hjælp efter serviceloven er forskellige

I forslaget til en aftalemodel anvendes den generelle fordelingsnøgle (67/33) for det samlede forløb. I forhandlingen mellem ministeriet, KL og Danske Regioner blev der foretaget en række beregninger, samt indhentning af oplysninger fra kommuner og regioner. På administrativt niveau har der været enighed om, at grundlaget for fordelingsnøglen derfor har været tilstrækkelig.

Samtidigt er der i aftalen lagt op til, at fordelingsnøglen også gælder i ovenstående tilfælde og at der derfor ikke aftales særlige principper for disse. Denne model er valgt for at imødekomme formålet om, at de fælles hjælperordninger skal tilrettelægges, så regionens og kommunernes administration forenkles og samlet set reduceres. Det skal bemærkes, at det, at kommunen finansierer en del af udgifterne under indlæggelse, kun gælder for aftalens afgrænsede målgruppe, og at "aftale om personlig hjælp, hjælp til kommunikation samt ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling" fortsat er gældende for andre patientgrupper. De konkrete økonomiske implikationer ved aftaleforslaget er beskrevet i det vedlagte notat.

Den nye bekendtgørelse på området trådte i kraft den 31. august 2015. Det betyder, at fordelingen af udgifterne til hjælperordningerne skal ændres med tilbagevirkende kraft gældende fra denne dato. Dette gør sig gældende for igangværende ordninger, der er etableret inden bekendtgørelsens ikrafttræden og for ordninger, der er indgået efter bekendtgørelsens ikrafttræden. Det forventes, at samarbejdsaftalen træder i kraft pr. 1. februar efter godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget, kommunerne og Regionsrådet. Et udkast til samarbejdsaftalen er godkendt i sundhedsstyregruppen den 3. november 2016.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Bilag

Samarbejdsaftale vedr. fælles hjælperordninger 25-10

Notat samarbejdsaftale

Punkt 8: Eventuelt

1-00-10-14

Beslutning

Evaluering af projekt i regi af den tidligere nationale plan for den ældre medicinske patient

Der blev kort orienteret om afslutningen på projektet af udmøntningen af den tidligere nationale plan for den ældre medicinske patient. Der er udarbejdet en evalueringsrapport. Rapporten vedlægges referatet til orientering. Der udsendes desuden en fælles pressemeddelelse.

Forløbskoordination for Den Ældre Medicinske Patient (DÆMP) i Region Midtjylland har taget udgangspunkt i 5 konkrete projekter, som trods deres forskellighed alle har haft fokus – at give ældre svækkede medicinske patienter bedre og mere tryk behandling uanset om behandlingen sker på hospital, hos egen læge eller hjemme med kommunal hjælp.

Fælles for indsatserne er, at tværsektoriel koordinering og kommunikation har øget den faglige kvalitet og givet bedre samlede behandlingsforløb for patienterne. I projekterne har hospitaler, praktiserende læger og sundhedsfaglige medarbejdere fra kommuner sammen koordineret, hvem der tager sig af hvilke dele af behandlingen af patienter, de er fælles om at hjælpe.

Samarbejdet er organiseret i klynger omkring de enkelte regionshospitaler.

Studietur

Bente Nielsen spurgte til, om der i lyset af besøget fra Region Sjælland, er interesse for, at udvalget tager på studiebesøg i Region Sjælland i 2017.

Det blev aftalt, at der til næste møde gives eksempler på, hvilke konkrete projekter/tiltag i Region Sjælland, som kan være interessante for udvalget, inden der tages stilling til et eventuelt studiebesøg.

Bilag

Rapport Evaluering af fem indsatser i Region Midtjylland