

# **REFERAT Sundhedskoordinationsudvalget d. 09-10-2017**

**Mødedato** Mandag d. 09. oktober 2017 kl. 14:00

**Mødested** Regionshuset Viborg, Konference 1, Skottenborg 26, Viborg

## Indholdsfortegnelse

Mødedeltagere.....	3
Godkendelse af procesplan for fjerde generation sundhedsaftale samt drøftelse af overdragelse til k	4
Godkendelse af fælles principper for udgående og rådgivende funktioner fra hospitalerne.....	7
Godkendelse af forløbsprogram for KOL.....	9
Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.....	11
Orientering om idriftsættelse af Fælles Servicecenter.....	13
Orientering om afrapportering fra nationalt udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæs	14
Orientering om tandbehandling til socialt udsatte.....	16
Skriftlig orientering om godkendt revideret ledsageraftale.....	18
Henvendelse vedrørende ventetid til hudlæge.....	20
Eventuelt.....	22

# Punkt 1: Mødedeltagere

1-00-10-14

## Sagsfremstilling

### Deltagere

Udvalgsmedlemmer:

- Mads Jakobsen, Struer Kommune
- Nils Boring, Favrskov Kommune
- Tage Nielsen, Skanderborg Kommune
- Jette Skive, Århus Kommune
- Hans Jørgen Hansen, Hedensted Kommune
- Lise Høyer, praktiserende læge, PLO - Midtjylland
- Henrik Kise, praktiserende læge, PLO - Midtjylland
- Bente Nielsen, Region Midtjylland
- Morten Flæng, Region Midtjylland
- Lene Fruelund, Region Midtjylland
- Jørgen Nørby, Region Midtjylland
- Lone Langballe, Region Midtjylland

Administrative repræsentanter:

- Lasse Jacobsen, kommunaldirektør, Viborg Kommune
- Anders Kjærulff, direktør, Silkeborg Kommune
- Kate Bøgh, direktør, Favrskov Kommune
- Kjeld Berthelsen, direktør, Struer Kommune
- Jonna Holm Pedersen, konsulent, KKR - Midtjylland
- Linda Bonde Kirkegaard, konsulent, KOSU
- Christian Boel, koncerndirektør, Region Midtjylland
- Dorthe Klith, konst. kontorchef, Region Midtjylland
- Helene Rosenbrandt, specialkonsulent, Region Midtjylland (ref.)

## Beslutning

Der var afbud fra Nils Boring, Jørgen Nørby, Lasse Jacobsen og Kate Bøgh.

## **Punkt 2: Godkendelse af procesplan for fjerde generation sundhedsaftale samt drøftelse af overdragelse til kommende Sundhedskoordinationsudvalg**

1-30-72-73-17

### **Indstilling**

- at Sundhedskoordinationsudvalget godkender forslag til overordnet proces for ny sundhedsaftale
  
- at Sundhedskoordinationsudvalget evaluerer perioden og drøfter indhold i overdragelsesstafet til det nye Sundhedskoordinationsudvalg

### **Sagsfremstilling**

#### **Proces for ny sundhedsaftale**

Fjerde generation af sundhedsaftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019. Sundhedskoordinationsudvalget er ansvarlig for at udarbejde udkast til en ny sundhedsaftale og understøtte, at regionsrådet og de 19 kommunalbestyrelser kan godkende aftalen. Sundhedskoordinationsudvalget skal i sundhedsaftalen sætte retningen for det tværsektorielle sundhedssamarbejde og herunder formulere fælles visioner og mål for udviklingen af sundhedsområdet.

Arbejdet er påbegyndt med indledende drøftelser i Sundhedsstyregruppen den 19. maj 2017 og i Sundhedskoordinationsudvalget den 1. juni 2017. Her gav Sundhedskoordinationsudvalget følgende input til emner og proces for ny sundhedsaftale:

- Psykiatri
- Inddragelse af de unge brugere (i patientforeningerne)
- Nærmere sektorovergange
  
- Politisk forankring gennem inddragelsesprocesser
- En mere kortfattet plan med klare politiske mål, der bygger videre på den eksisterende aftale
- Færre nationale formkrav i form af forenkling
- Inddragelse af Sundhedsbrugerrådet og Patientinddragelsesudvalget.

#### *Innovationsproces*

Processen foreslås anlagt som en innovationsproces, hvor de forskellige faser er med til at finde svar på, hvordan sundhedsaftalen i sidste ende skal se ud. Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsstyregruppen er rammesættende for den kommende proces og vil løbende blive orienteret om status og forelagt indstillinger om kommende faser og milepæle.

Overordnet inddeles processen i følgende faser:

1. Foranalyse (3.-4. kvartal 2017)
2. Politisk fase (fra marts 2018)
3. Udviklings- og skrivefase (3.-4. kvartal 2018)
4. Høringsfase (primus 2019)
5. Godkendelsesfase (marts-juni 2019)
6. Implementeringsfase (fra 1. juli 2019)

Udgifterne til aktiviteter i foranalysen afholdes i fællesskab mellem kommuner og region, og afholdes så vidt muligt inden for beredskabspuljen under Folkesundhed i Midten.

#### *Foranalysen*

I første omgang afsættes tid til en dybdegående foranalyse. I foranalysen indkredses problemstillingerne gennem en identifikation af visioner og drømme samt udfordringer og barrierer. Formålet er:

- at indsamle erfaringer fra arbejdet med den eksisterende sundhedsaftale (fra politikere, patienter/borgere, fagpersoner samt administrative)
- at identificere de aktuelle udfordringer i det tværsektorielle sundhedssamarbejde
- at identificere, hvad der lykkes i det nuværende tværsektorielle samarbejde i regi af den eksisterende sundhedsaftale.

Denne viden om det tværsektorielle samarbejde skal danne baggrund for en afklaring af, hvilken form den kommende sundhedsaftale skal have – herunder f.eks. balancen mellem den politiske og den administrative aftale, det værdibaserede og det mere konkret forpligtende. Den skal endvidere danne baggrund for en administrativ og politisk drøftelse af ambitionsniveauet for den kommende sundhedsaftale. Processen for både den politiske fase samt udviklings- og skrivefasen fastlægges først, når vi kender resultatet af foranalysen.

Der lægges op til:

- en antropologisk undersøgelse af perspektiver fra borgere, pårørende og klinikere
- dialog med klynger, almen praksis og politikere (både medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget og repræsentanter fra relevante regionale og kommunale udvalg mv.)
- afholdelse af en administrativ workshop den 20. december 2017.

Udgifterne til aktiviteter i foranalysen afholdes i fællesskab mellem kommuner og region, og afholdes så vidt muligt inden for beredskabspuljen under Folkesundhed i Midten.

#### *Politisk fase*

Det nuværende Sundhedskoordinationsudvalg formulerer i 3. og 4. kvartal 2017 en overdragelsesstafet. Stafetten indeholder opmærksomhedspunkter til det videre arbejde i det nye Sundhedskoordinationsudvalg.

Den politiske proces med formulering af vision, værdier og politiske mål for den kommende sundhedsaftale udarbejdes af det nye Sundhedskoordinationsudvalg (fra 1. marts 2018). Formandskabet for det nuværende Sundhedskoordinationsudvalg overdrager 'stafetten' til det nye Sundhedskoordinationsudvalg på møde primo 2018.

#### **Evaluering af Sundhedskoordinationsudvalgsperioden og input til overdragelsesstafet**

Som en del af processen vedrørende udarbejdelse af ny sundhedsaftale evaluerer Sundhedskoordinationsudvalget perioden – herunder udarbejdelse og opfølgning på sundhedsaftalen 2015-2018. Dette med henblik på at give erfaringer og indsigter videre til det nye Sundhedskoordinationsudvalg i en overdragelsesstafet.

#### *Drøftelse på mødet*

På mødet faciliteres en drøftelse i mindre grupper med kort opsamling i plenum. Drøftelsen tager udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvad er Sundhedskoordinationsudvalget efter din mening lykkedes med i det nuværende tværsektorielle samarbejde i regi af den eksisterende sundhedsaftale?
  - Hvorfor lykkedes det?
- Hvad er vi ikke kommet i hus med?
- Hvad er vigtigt at overbringe til det nye Sundhedskoordinationsudvalg - hvad skal indgå i en overdragelsesstafet?

#### *Supplerende interviews*

Sundhedskoordinationsudvalget gav på møde den 1. juni 2017 indledende input til det kommende arbejde med en ny sundhedsaftale. Der blev blandt andet peget på ønske om større politisk forankring af sundhedsaftalen gennem inddragelsesprocesser. Vi ønsker at supplere dagens drøftelse og input med individuelle interviews med medlemmerne af Sundhedskoordinationsudvalget og repræsentanter fra politikere fra det kommunale og regionale bagland - fx medlemmer af regionens rådgivende udvalg og medlemmer af kommunale social- og sundhedsudvalg. Der vil på mødet blive orienteret om denne mulighed.

#### *Overdragelsesstafet*

Input fra både dagens møde og de individuelle interviews vil indgå i et udkast til overdragelsesstafet fra det nuværende til det kommende Sundhedskoordinationsudvalg. Udkastet vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget på næste og sidste møde den 11. december 2017.

Annemette Digmann og Jacob Høj Jørgensen bidrager til opsamling af erfaringer fra den igangværende periode og vil foretage eventuelle individuelle interviews, hvorfor de deltager under dette punkt.

## **Beslutning**

Forslag til overordnet proces for ny sundhedsaftale blev godkendt.

Opsamling fra gruppedrøftelser med fokus på, hvad det er vigtigt at anbefale til det nye Sundhedskoordinationsudvalg / arbejdet i den kommende periode:

- at politikerne i det nye Sundhedskoordinationsudvalg indledningsvist får en grundig introduktion til området, herunder organisering og kompetencer i politiske og administrative grupper omkring sundhedsaftalearbejdet - evt. en temadag om organisering, lovgivning mm. først i perioden; introduktion til området kan fx også tage afsæt i en gennemgang og status for den nuværende sundhedsaftale

- at det politiske råderum for Sundhedskordinationsudvalget tydeliggøres
- at det i dagsordener tydeliggøres, hvad der er det politiske - og det administrative og faglige nedtones
- at der fokuseres på relationsopbygning - fx gennem
  - en temadag med rundtur til fx en praktiserende læge, et sundhedshus, en hospitalsafdeling mm. først i perioden
  - en studietur senere i perioden
  - besøg i klyngerne eller andre regioner
- at der løbende gives status på implementeringen af sundhedsaftalen på møderne i Sundhedskordinationsudvalget.

Der var tilbud om at stille op til individuelle interviews mhp. at få udfoldet perspektiverne yderligere. De, der har meldt sig/melder sig, vil blive kontaktet direkte med henblik på, at der findes et tidspunkt, hvor en konsulent kan komme ud og gennemføre interviewet. Der skal afsættes 30-40 min. til interviewet.

# Punkt 3: Godkendelse af fælles principper for udgående og rådgivende funktioner fra hospitalerne

1-30-72-77-17

## Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget godkender forslag til fælles principper for udgående og rådgivende funktioner fra hospitalerne

## Sagsfremstilling

### Baggrund

Videreudvikling af udgående og rådgivende funktioner fra hospitalerne er et indsatsområde i den nationale handlingsplan 'Styrket indsats for den ældre medicinske patient' og Sundhedsaftalen 2015-18. Arbejdet med udgående og rådgivende funktioner har betydning for de fælles sundhedspolitiske mål i sundhedsaftalen om at reducere behovet for akutte indlæggelser (herunder forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser) samt de nationale mål for sundhedsvæsenet om bedre sammenhængende patientforløb og styrket indsats for kronikere og ældre.

Nogle borgere vil have større gavn af specialiseret behandling, hvis den kan foregå i eget hjem frem for på hospitalet. Det kan fx være borgere med komplicerede forløb, med multisygdom, nedsatte kognitive funktioner og psykosociale problemstillinger. Udgående og rådgivende funktioner fra hospitalerne kan være en del af indsatsen for disse borgere. En udgående funktion kan fx være et tværfagligt team, der behandler borgere i eget hjem i forhold til fx ældresygdomme (geriatri) og lindrende behandling ved en livstruende sygdom (palliation). De udgående funktioner omfatter ofte også rådgivning og vejledning til praktiserende læger og kommunale sygeplejersker.

De udgående og rådgivende funktioner er forankret på hospitalerne men forudsætter et tæt samarbejde med borgerens egen læge og den kommunale sygepleje. Udredning og behandling, der gives via en udgående funktion, foregår i borgerens hjem eller ved midlertidigt ophold i et kommunalt behandlingstilbud (fx en akutplads eller andre midlertidige pladstilbud). Det fordrer et tæt og fleksibelt samarbejde med borgeren og på tværs af de fagpersoner, der udreder, behandler eller plejer borgeren i hjemmet.

På denne baggrund har repræsentanter fra region, kommuner og hospital udarbejdet forslag til fælles principper for udgående funktioner. Forslaget blev godkendt i Sundhedsstyregruppen på møde den 6. september 2017.

### Principper og ønsket udvikling

Forslaget til fælles principper for udgående funktioner er:

- Et tilbud målrettet borgere med særlige behov
- Vi skal bruge det rette specialiseringsniveau
- Vi skal være tilgængelige for borgerne på nye måder ved at gøre brug af ny teknologi
- Vi har fokus på geografisk dækning
- Vi udvikler i et tæt samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektor
- Vi udvikler hinandens – og borgerens - kompetencer
- Udgående funktioner skal bygge på eller generere evidensbaseret viden.

Den videre udvikling skal fremme en bevægelse fra fysisk udgående funktioner (hvor hospitalspersonale er tilstede i borgerens hjem) mod telemedicinske funktioner og rådgivning, hvor dette er/bliver muligt.

Denne bevægelse indebærer, at fysisk udgående funktioner i større og større omfang vil blive beholdt meget svækkede borgere, der har behov for specialiseret udredning og behandling, og hvor patientens tilstand er så udsat, at alene det at blive udsat for et miljøskift en ambulante behandling eller indlæggelse indebærer, vil udgøre en sikkerhedsrisiko – eller hvor risiko for genindlæggelse er høj i dagene efter udskrivelse.

Bevægelsen indebærer også, at hvor opgaven kan løses gennem eksisterende tilbud i nærområdet, så skal de anvendes.

Den ønskede bevægelse forudsætter, at kommunikationen mellem sektorerne udvikles, og at kommuner og almen praksis har adgang til specialistrådgivning fra hospitalerne. Bevægelsen understøttes af den teknologiske udvikling og den løbende oprustning på kompetencer, som allerede sker i kommunerne.

Principperne og den ønskede bevægelse er illustreret i vedlagte figur.

### **De næste skridt**

Hvis Sundhedskoordinationsudvalget godkender principperne, igangsætter Sundhedsstyregruppen et udviklingsarbejde med henblik på at få et regionsdækkende tilbud i forhold til ældresygdomme (geriatri). Tilbuddet skal i de kommende år sikre telefonrådgivning og eventuelt telemedicinsk udgående funktioner i alle dele af regionen. Desuden sættes fokus på, hvordan telefonrådgivning til kommunerne kan videreudvikles.

Endelig gennemgår de fem klynger de eksisterende udgående funktioner omkring det enkelte hospital med et fælles fokus på, om der er funktioner, der kan omlægges eller videreudvikles.

### **Beslutning**

Indstilling godkendt. Der var fra kommunal side en bemærkning om, at det i forbindelse med opgaveoverdragelse i de enkelte tilfælde skal afklares, om der er dækning for finansiering af de opgaver, der overdrages til kommunerne.

### **Bilag**

Illustration fælles principper udgående funktioner (efter SSG 061717)3

Notat om principper for udgående mv (efter SSG 060917)(3)

## Punkt 4: Godkendelse af forløbsprogram for KOL

1-35-72-3-15

### Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget godkender forløbsprogrammet for KOL

### Sagsfremstilling

Forløbsprogrammet for KOL gennemgik, i lighed med forløbsprogrammerne for hjertesygdom og diabetes, en omfattende revision i 2015 for at sikre, at programmerne fagligt og indholdsmæssigt var tidssvarende. Forløbsprogrammet for KOL blev imidlertid ikke forelagt Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget til godkendelse grundet usikkerhed omkring de økonomiske implikationer ved det reviderede program. Fra kommunal side var der usikkerhed om, hvor store omkostninger det ville medføre at flytte den specialiserede genoptræning fra hospitalerne til kommunerne. I modsætning hertil blev forløbsprogrammet for hjertesygdom i slutningen af 2015 godkendt i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget og dermed flytningen af den non-farmakologisk del af rehabiliteringen fra hospital til kommuner. Erfaringerne herfra, tillige med et stadigt stigende behov for et opdateret forløbsprogram til at understøtte indsatserne målrettet borgere med KOL, har gjort, at arbejdet med forløbsprogrammet i foråret 2017 er blevet revitaliseret. Som en del af arbejdet er der foretaget en række mindre tilføjelser og opdateringer ift. den version, som blev sendt i faglig høring i foråret 2015. Ændringerne er sket med baggrund i bl.a. de nationale anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, som Sundhedsstyrelsen offentliggjorde ultimo 2015. Desuden er der i den mellemliggende periode bl.a. kommet en ny vejledning vedr. KOL fra Dansk Selskab for Almen Medicin, som også indgår i den reviderede version af forløbsprogrammet.

#### **Ændringer i forløbsprogrammet – mere fokus på samarbejde og borgerens forløb**

Forløbsprogrammet for KOL beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede indsats for borgere med KOL, samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører. I forhold til den hidtidige udgave lægges der i det reviderede forløbsprogram mere vægt på det tværsektorielle samarbejde, og de konkrete overvejelser aktører skal gøre sig, når borgere krydser sektorgrænser. Desuden gør denne udgave af forløbsprogrammet op med det tidligere forsøg på at ansvarsfordele og organisere indsatser i de forskellige sektorer baseret udelukkende på en faglig klassificering af sygdommen. Indsatser stratificeres i dag med udgangspunkt i borgerens samlede situation. Forløbsprogrammet inkluderer nu indsatser omkring tidlig opsporing, løbende risiko vurdering, ernæring og palliation og har et stærkere fokus på implementeringsopgaven. Foruden at sikre samspillet mellem region, kommune og almen praksis i forhold til borgere med KOL udgør forløbsprogrammet også et vigtigt fundament for bl.a. arbejdet med hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Den væsentligste organisatoriske ændring er flytning af den specialiserede rehabilitering fra hospitaler til kommuner. En lignende ændring er gennemført i forløbsprogrammet for hjertesygdom med en organisatorisk flytning af den non-farmakologiske del af fase 2 rehabiliteringen fra hospitaler til kommuner.

Flytningen af dele af rehabiliteringsopgaven fra hospitalerne til kommunerne skal gøre det lettere for borgerne i målgruppen at tage imod et tilbud om rehabilitering, fordi det flyttes tættere på den enkelte. Nærhed og dermed større tilgængelighed er en vigtig forudsætning for, at flere borgere kan deltage i, og dermed få gavn af, rehabiliteringstilbuddene. Samtidig vil det også være forventningen, at flere gennemfører forløbene med bedre mestringssevne og indsigt i egen sygdom til følge.

Patientgruppe	Hidtidige forløbsprogram	Revideret forløbsprogram
A	Kommunalt	Kommunalt
B (CAT=<20)	Kommunalt	Kommunalt
B (CAT>20)	Regionalt/kommunalt	Kommunalt
C	Regionalt/kommunalt	Kommunalt
D	Regionalt	Regionalt/Kommunalt

I forhold til den økonomi, der er forbundet med implementeringen af programmet, er der en udfordring med kvaliteten af data. Især når det handler om at estimere størrelsen af den relevante population, som fremadrettet forventes at modtage et rehabiliteringsforløb i kommunerne. Derfor er de økonomiske estimater fortsat behæftet

med nogen usikkerhed. En usikkerhed der også bunder i hvor mange flere borgere, der fremadrettet vil tage imod tilbuddet om rehabilitering, fordi det flytter tættere på borgernes bopæl.

### **Opfølgning på økonomi**

Usikkerheden afspejler sig også i de forudgående drøftelser og tilkendegivelser, som er gået forud for fremlæggelsen i Sundhedsstyregruppen. Den kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS) behandlede således forløbsprogrammet for KOL på et møde den 18. august 2017. Forud for mødet havde kommunerne haft lejlighed til at komme med skriftlige kommentarer til det reviderede forløbsprogram.

Der blev på mødet udtrykt tilfredshed med, at den nødvendige tilretning af forløbsprogrammet er foretaget. Derudover var der fra mødedeltagerne fokus på:

- Behov for en fokuseret monitorering af forløbsprogrammet – ikke mindst i forhold til økonomien. Særlig opmærksomhed bør rettes mod betydning af de borgere, der indtil nu har modtaget specialiseret genoptræning i hospitalsregi, men som følge af forløbsprogrammet overgår til en kommunal indsats.
- Kommunerne ønsker at etablere en kvoteordning i forhold til de borgere, der tidligere ville have modtaget specialiseret genoptræning i hospitalsregi, men som i det reviderede forløbsprogram skal modtage en kommunale indsats. Ud fra de tilgængelige data vil en kvote på denne gruppe af borgere være ca. 375 personer i hele Region Midtjylland.
- Kommunerne har i forløbsprogrammet en opgave i forhold til kostvejledning af borgere med KOL. Derimod har kommunerne ikke en forpligtigelse i forhold til diætistbehandling (kliniske diætister).

For at konkretisere de ovenstående punkter blev det på Sundhedsstyregruppens møde den 6. september 2017 godkendt, at der nedsættes en midlertidig faglig arbejdsgruppe til at følge udviklingen. Et kommissorium for arbejdsgruppen udarbejdes af Sundhedsaftale-sekretariatet og godkendes af formandskabet for sundhedsaftalen.

### **Processen for forløbsprogrammet for KOL**

Såfremt Sundhedskoordinationsudvalget godkender forløbsprogrammet, vil det herefter blive sendt til godkendelse i kommuner og i regionen. Forventningen er, at forløbsprogrammet kan være endeligt godkendt inden nytår eller primo 2018. Implementering vil herefter ske i perioden frem til 1. maj 2018.

Det skal understreges, at der efter godkendelse i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget fortsat vil være udeståender i forløbsprogrammet, inden revisionen er fuldstændig tilendebragt. Telemedicinsk hjemmemonitorering skal indarbejdes i programmet, når såvel de sundhedsfaglige indsatser som organisering er godkendt af Sundhedsstyregruppen. Der skal også fastlægges en fælles fremadrettet strategi for monitorering af kronikerindsatsen og herunder forløbsprogrammerne, som efterfølgende skal indarbejdes.

## **Beslutning**

Indstilling godkendt med bemærkning om, at det er nødvendigt, at der foretages den skitserede økonomiske og faglige opfølgning.

## **Bilag**

Forløbsprogram-KOL- opdateret version til SKU

Økonomi notat juli 2017

# Punkt 5: Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

1-01-72-57-08

## Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget godkender det sundhedsfaglige indhold til Telemedicinsk hjemmemonitorering for borgere med KOL. Herunder at Landsdelsprogrammet undersøger muligheden for, at alle borgere med KOL tilbydes en individuel digital forløbsplan.

## Sagsfremstilling

Det landsdækkende projekt for udbredelse af 'Telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL' i perioden 2016-2019 giver mulighed for, at borgere med KOL kan foretage målinger i eget hjem i forhold til deres sygdom fx vægt, grad af hoste mv. Sundhedsfagligt personale vil monitorere de indkomne data med henblik på hurtig indsats, hvis målingerne måtte vise en forværring i borgerens tilstand, ligesom borgeren selv får mulighed for at reagere på målingerne. Hensigten er dermed både at forbedre kvalitet for patienten, at undgå uhensigtsmæssige akutte indlæggelser, og at øge patienternes viden om deres egen sygdom.

I forbindelse med økonomaftale for 2016 mellem regioner og kommuner, er der afsat 47 mio. kr. (statslige midler) til finansiering af nationale forudsætningsprojekter, der skaber rammen for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering. Til formålet er der nedsat en Porteføljestyregruppe med Sundhedsministeriet, Digitaliseringsstyrelsen, KL, Danske Regioner og PLO.

Ansvaret for udbredelsen og implementeringen er placeret i 5 landsdelsprogrammer (Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland) i et samarbejde mellem kommuner, region og de praktiserende læger. Der er i hvert landsdelsprogram nedsat en programstyregruppe, og omkostninger til implementering af telemedicinsk hjemmemonitorering skal aftales og finansieres af regionerne og kommunerne selv.

Landsdelsprogram Midtjylland har nedsat en arbejdsgruppe (Spor 3) som har udarbejdet forslag til sundhedsfagligt indhold. De sundhedsfaglige indsatser beskriver hvad, der kan tilbydes digitalt samt målgruppen for de forskellige indsatser. Sundhedsstyrelsen har den 6. september 2017 godkendt det sundhedsfaglige indhold, og at der i landsdelsprogrammet igangsættes en undersøgelse af muligheden for at tilbyde digitale forløbsplaner. Der vil som en del af undersøgelsen særligt være fokus på hvad det vil koste, at udvikle en digital forløbsplan til borgere med KOL, ligesom de juridiske aspekter skal afklares nærmere. Såfremt digitale forløbsplaner udvikles, vil de på sigt kunne udbredes til andre sygdomsområder.

Anbefalingerne i forslaget er baseret på Forløbsprogrammet for KOL i Region Midtjylland, "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL" og "Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL", begge fra Sundhedsstyrelsen, Klinisk Vejledning for "KOL i Almen Praksis" fra Dansk Selskab for Almen Medicin, samt erfaringer fra eksisterende tilbud og projekter med digitale ydelser til borgere med KOL.

Derudover tager anbefalingerne afsæt i programmets nationale målsætninger og visionen i Landsdelsprogram Midtjylland, hvor målet med telemedicin til borger med KOL er:

- Øge behandlingskvalitet
- Medvirke til at reducere indlæggelser og ambulante besøg
- Flexibilitet
- Øge tryghed i hverdagen
- Støtte borgerens sygdomsmestring og handlingskompetence.

Det sundhedsfaglige indhold, som arbejdsgruppen anbefaler udviklet som digitale løsninger til borgere med KOL, er:

- Individuelle digitale forløbsplaner
- Information og vejledning om sygdom og behandling
- Telemedicinsk hjemmemonitorering.

For at kunne indfri ambitionerne om gode sammenhængende forløb for borgere med KOL er det et udtalt ønske fra arbejdsgruppen, at der kan udvikles digitale forløbsplaner.

Det anbefales derfor, at alle borgere diagnosticeret med KOL får tilknyttet en individuel forløbsplan, der skal kunne redigeres og tilgås digitalt af alle involverede aktører, herunder også borgeren selv. De individuelle forløbsplaner skal fungere som en samlet oversigt for borgeren og som et arbejdsredskab, der kan sikre et sammenhængende behandlingsforløb for den enkelte borger med KOL på tværs af sektorgrenser.

Anbefalingerne rækker dermed ud over intentionerne med økonomiaftalen for 2016 om national udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Intentionen hermed er entydigt at sikre, at flere patienter kan håndteres i det nære sundhedsvæsen, samtidig med at antallet af akutte indlæggelser gerne skal nedbringes. Arbejdsgruppen har således udarbejdet anbefalinger til individuelle digitale forløbsplaner og information og vejledning som en del af Telemedicin til borgere med KOL, som ligger ud over indholdet i økonomiaftalen og understøtter:

- Lighed i sundhed
- Sammenhængende behandlingsforløb og patientforløb
- Generisk anvendelse
- Det nære sundhedsvæsen, så der sikres ensartethed og tilgængelighed for alle borgere med KOL i Midtjylland.

Sundhedsstyregruppen har på den baggrund udtrykt ønske om, at landsdelsprogrammet forsøger at påvirke den nationale standard, der hvor ambitionsniveauet i Midtjylland ligger over denne (fx ift. digitale forløbsplaner) mhp. at opnå større ensartethed nationalt. Det kan også reducere de omkostninger som er forbundet med at udvikle de relevante løsninger.

## **Beslutning**

Indstilling godkendt med bemærkning om, at der i forhold til individuelle forløbsplaner skal sikres sammenhæng med de forløbsplaner, der er nævnt i forbindelse med ny overenskomst for almen praksis.

Der skal endvidere følges op på, hvordan man måler og sikrer kvaliteten af rehabilitering i kommunalt regi.

Herudover undersøger administrationen praktiserende lægers adgang til at henvise til hjerterehabileringsforløb og lungemedicinere. Svaret sendes til Sundhedskordinationsudvalget eller dagsordenssættes på næste møde i udvalget.

## **Bilag**

Sundhedsfagligt indhold\_ Telemedicin til borgere med KOL i Midtjylland

## **Punkt 6: Orientering om idriftsættelse af Fælles Servicecenter**

1-01-72-57-08

### **Indstilling**

at Sundhedskoordinationsudvalget tager orientering om idriftsættelse af Fælles Servicecenter for Telesundhed pr. 1. maj 2018 til efterretning.

### **Sagsfremstilling**

Region Midtjylland og alle 19 kommuner i regionen har tilkendegivet tilslutning til idriftsættelse af Fælles Servicecenter. Man er enig om en økonomisk dækning af idriftsættelse med deling af basisomkostninger mellem region og kommuner på 50/50.

Fælles Servicecenter etableres som en fælles tværsektoriel enhed, som understøtter somatisk og psykiatrisk behandling og sundheds- og sociale tilbud til borgere i eget hjem ved at levere service, support og logistik i forhold til telemedicinsk udstyr. Det indbefatter blandt andet, at Fælles Servicecenter står for at udlevere telemedicinsk udstyr til borgere, lagerstyring, og en central supportfunktion, hvor borgere og medarbejdere kan ringe og få hjælp, hvis der opstår tekniske problemer med udstyret.

I de seneste to år er der indhentet erfaringer med både at levere teknisk support og logistik samt yde rådgivning og videndeling - på tværs af hospitaler og kommuner i Midtjylland og på tværs af sygdomsområder. Business case (baseret på data fra 5 telesundhedsinitiativer) viser tydeligt, at det kan betale sig at etablere et fælles servicecenter, fremfor at hver kommune og regionen skal etablere deres egen supportfunktion. Business casen har bl.a. taget udgangspunkt i sårsupport og supporten til det kommende nationale projekt 'Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL', og at samle supporten til de to løsninger alene giver en positiv business case.

Business case estimerer 3 årsværk til bemanning af sekretariat pr. maj 2018, som dækker nuværende telemedicinske tiltag som fx sår, Sundhedshotspottet samt Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Da sidstnævnte projekt først implementeres i løbet af 2019, skal styregruppen for Fælles Servicecenter vurdere indfasningen af bemanningen frem mod 2019 og er i gang med konkret beregning og justering.

Sammen med PA Consulting er der udarbejdet kriterier til valg af værtsorganisation. Styregruppen for Fælles Servicecenter og programstyregruppen for Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL udvælger og indstiller en egnet værtsorganisation til godkendelse på mødet i Sundhedsstyregruppen i januar 2018.

### **Beslutning**

Indstilling godkendt.

# Punkt 7: Orientering om afrapportering fra nationalt udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

1-30-72-136-17

## Indstilling

at afrapportering fra udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen tages til orientering.

## Sagsfremstilling

Regeringen, KL og Danske Regioner aftalte i forbindelse med økonomaftalerne 2016 at nedsætte et udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget fik til opgave at komme med forslag til en styrkelse af indsatsen i forhold til

- 1) bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor,
- 2) rette kompetencer til rette opgaver,
- 3) ensartet kvalitet over hele landet og
- 4) bedre digital understøttelse og brug af data.

Den 26. juni 2017 blev udvalgets afrapportering offentliggjort. Afrapporteringen er vedlagt.

Afrapporteringen består af en vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025, som udfoldes med en række skridt, som sundhedsvæsenet skal lykkes med for at realisere visionen. Yderligere har udvalget opstillet en målsætning for hver målgruppe. Med henblik på at skitsere vejene til at opnå visionen og målsætningerne er udvalget enige om 20 anbefalinger, der skal bidrage til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalgets forslag kan indgå i en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og sundhedsministeren har i forbindelse med offentliggørelse af afrapporteringen udmeldt, at regeringen på baggrund af de 20 anbefalinger til efteråret kommer med et politisk udspil, hvor mange af anbefalingerne vil blive omsat til konkret politik.

### Vision og målsætninger

Udvalgets vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 er:

Sundhedsvæsenet understøtter patienten i at mestre egen sygdom i patientens nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet.

For at realisere visionen er der behov for, at sundhedsvæsenet lykkes med følgende:

- Høj, ensartet kvalitet ud fra rette kompetencer, rådgivning og data er grundlæggende for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Indsatserne skal leveres af høj og ensartet kvalitet, både klinisk og borgeroplevet, i hele landet og være baseret på den bedste faglige viden. Det kræver blandt andet, at sundhedsvæsenets otte nationale mål forankres, blandt andet gennem lokale mål og indsatser, at relevante faglige standarder og vejledninger følges samt at relevante data deles.
- Systematisk styrkelse af patientens håndtering af egen sygdom er en forudsætning for, at patienten kan leve et liv med højst mulig livskvalitet. Derfor skal udgangspunktet for sundhedsvæsenet være den enkelte patients individuelle behov, ressourcer og målsætninger. Det kræver, at patienten og patientens netværk systematisk og aktivt bliver involveret.
- En fælles tilgang til patienten er afgørende for, at patienten oplever et sammenhængende forløb og ressourcerne i sundhedsvæsenet udnyttes optimalt. Derfor er der behov for at øge fokus på, at hele sundhedsvæsenet tilrettelægger indsatserne med henblik på at optimere det samlede forløb.
- En populationsbaseret tilgang, dvs. tilrettelæggelse af indsatserne ud fra tilpasning til patientpopulation på baggrund af patienternes behov og risikoprofiler, skal bidrage til at sikre lighed i sundhed, økonomisk holdbarhed, og at patientens individuelle behov understøttes. En populationsbaseret tilgang kræver blandt andet overblik og viden om populationen, som indsatserne derefter tilrettelægges efter. Alle patienter skal tilbydes de indsatser, de har brug for under hensyntagen til individuelle ressourcer, uden at alle patienter nødvendigvis skal tilbydes samme indsats. Derfor skal sundhedsvæsenet differentiere indsatserne.
- Levering af indsatser på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet) skal i højere grad være med til at sikre økonomisk holdbarhed og hensynet til mindst mulig indgriben i patientens hverdag. Derfor skal indsatserne tilbydes i patientens nærmiljø, når det er fagligt og økonomisk begrundet.

Udvalget har særligt haft fokus på tre patientgrupper, der ofte har forløb på tværs af sektorer - den ældre medicinske patient, patienter med kroniske sygdomme og mennesker med psykiske lidelser. Til hver patientgruppe

er der opsat følgende målsætning:

- Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering i forhold til den veludredte ældre medicinske patient sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.
- Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering i forhold til borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.
- Mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i arbejdet hen imod bedring.

### **Anbefalinger**

Det nationale udvalg formulerede følgende 20 anbefalinger, hvor KL havde mindretalsudtalelser til punkt 7 og punkt 13 (fremgår af bilaget s. 52 og 61).

1. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning
2. Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres
3. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse
4. Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
5. Kommuner og regioner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser og mennesker med samtidigt misbrug
6. Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes
7. Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at kommunerne og regionerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver
9. Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb
12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen
14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme
15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang
16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes
17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes
18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet
19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet.

### **Beslutning**

Indstilling godkendt med bemærkning om, at der er meget lidt fokus på forebyggelse.

Når Sundhedskoordinationsudvalget skal drøfte regeringens kommende politiske udspil vedrørende det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, skal der som baggrund herfor være en præsentation af forebyggelsesområdet. Herudfer forskellige former for forebyggelse og de enkelte sektors ansvar herfor.

Det inkluderes i overdragelsesstafetten til det nye Sundhedskoordinationsudvalg, at det anbefales at fokusere mere på forebyggelsesområdet.

### **Bilag**

afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017

## Punkt 8: Orientering om tandbehandling til socialt udsatte

1-01-81-9-14

### Resume

Som opfølgning på konferencen: "Bedre tandsundhed for socialt udsatte", der blev afholdt den 17. marts 2016 samt drøftelser i Det rådgivende Udvalg for Nære sundhedstilbud og Teknisk Administrativt Udvalg har administrationen undersøgt Region Midtjylland og kommunernes muligheder for at understøtte tandbehandling til socialt udsatte.

### Indstilling

at orienteringen tages til efterretning.

### Sagsfremstilling

Som opfølgning på konferencen: "Bedre tandsundhed for socialt udsatte", der blev afholdt den 17. marts 2016 samt drøftelser i Det rådgivende Udvalg for Nære sundhedstilbud og Teknisk Administrativt Udvalg har administrationen undersøgt Region Midtjylland og kommunernes muligheder for at understøtte tandbehandling af socialt udsatte.

#### Region Midtjyllands muligheder

Sundhedsloven fastlægger regionens opgaver i relation til tandbehandling. Heri fastlægges det, at regionen skal

- sørge for, at der eksisterer tilbud om behandling hos privatpraktiserende tandlæger i regionen, jf. sundhedslovens § 57,
- tilbyde vederlagsfri specialiseret tandpleje til børn og unge med aplasi m.fl., jf. sundhedslovens § 162
- yde tilskud til tandpleje til patienter med betydelige dokumenterede tandproblemer som følge af Sjøgrens Syndrom, kræftbehandling eller sjælden medfødt sygdom, jf. sundhedslovens § 166.

Regionen må ikke påtage sig opgaver, der ikke er hjemmel til i lovgivningen.

Konklusionen er derfor, at regionen ikke har hjemmel til at understøtte kommunale og private projekter eller initiativer, der retter sig mod socialt udsatte.

#### Sundhedslovens § 133

I henhold til sundhedslovens 133, stk. 1 skal "...kommunerne give tilbud om et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller omsorgstandplejen..." og "...regionen [kan] efter aftale [med kommunerne] drive et specialiseret tandplejetilbud til de i stk. 1 nævnte persongrupper..."

Tilbud om specialtandpleje er etableret i alle kommuner i Region Midtjylland. De fleste kommuner løser opgaven via aftaler med regionen (Den Regionale Specialtandpleje).

Sundhedslovens § 133 omfatter imidlertid ikke de socialt udsatte.

Region Midtjylland har undersøgt muligheden for, at kommunerne kan købe ydelser af regionen, udover de der er fastlagt i lovgivningen om Specialtandplejen mv. Det kunne være til socialt udsatte, som har behov for at blive behandlet i fuld narkose.

Ifølge bestemmelserne om omsorgstandpleje og tandpleje i sundhedsloven er der ikke nogen hindring for, at regionen sælger andre tandplejeydelser til kommunerne. Det skal dog bemærkes, at regionen kun kan tilbyde "undersøgelser og prøver m.v. til offentlige myndigheder, (...)", hvis der ikke er private virksomheder, der kan dække efterspørgslen i den pågældende region" jf. bekendtgørelse om regionsrådenes levering af sygehusydelser mv. til og samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder".

Der kan dog være undtagelser. I tilfælde af at regionen har en overkapacitet på et område, er der juridisk mulighed for, at denne overkapacitet kan sælges til en kommune, selvom der er et privat tilbud på området. Det vil dog kræve en nærmere vurdering i det konkrete tilfælde, og det vil under alle omstændigheder være kommunerne, som beslutter, om de vil købe denne overkapacitet.

Hvis lovgivningen vedr. tilbud om specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl. omfattede socialt udsatte og de private praktiserende specialtandlæger samtidig ikke kan dække efterspørgslen efter behandling under narkose eller regionen har overkapacitet, vil socialt udsatte kunne få adgang til at modtage et tilbud om specialtandpleje i kommunerne eller i den Regionale Specialtandpleje.

## **Tildeling af ydernummer til kommunalt ansat tandlæge**

En kommunal ansat tandlæge kan af regionen tildeles et ydernummer, således at vedkommende kan se patienter med sygesikringstilskud.

Tandlægen vil overfor regionen være stillet som hvilken som helst anden tandlæge, der har overenskomst med regionen. Da tandlægeområdet ikke er reguleret med hensyn til, hvor mange ydernumre, der skal være i regionen, får alle tandlæger, som via tandlægeforeningen søger, tildelt et ydernummer. De socialt udsatte vil fra regionens side få tandbehandling på samme vilkår med hensyn til tilskud mv., som alle andre borgere.

Hvilke aftaler, der i øvrigt skal være gældende mellem den kommunalt ansatte tandlæge og kommunen, vil være regionen uvedkommende og skal aftales bilateralt mellem den enkelte kommune og den enkelte tandlæge.

Kommunerne må stille faciliteter til rådighed for tandlægerne. Det beror på den enkelte kommunes overvejelser og beslutninger om serviceniveau om man vil være med på denne løsning.

For at undgå konkurrenceforvridning i forhold til de privat praktiserende tandlæger, er det centralt, at målgruppeafgrænsningen/visitationskriterierne bliver præcise. Målgruppeafgrænsningen vil skulle aftales med tandlægeforeningen.

## **Beslutning**

Indstilling godkendt.

Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler, at der i gang sættes en prøvehandling, og at det undersøges, om der er interesserede kommuner.

## Punkt 9: Skriftlig orientering om godkendt revideret ledsageraftale

1-01-72-16-14

### Administrationen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning.

### Sagsfremstilling

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den 27. marts 2015 aftalen om personlig hjælp, hjælp til kommunikation samt ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling. Det fremgår af aftalen, at den skal evalueres et år efter ikrafttrædelse.

Ledsageraftalen har til formål at sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer får den nødvendige personlige hjælp, hjælp til kommunikation og ledsagelse i forbindelse med behandling på hospitalet. Aftalen indebærer, at hospitalerne finansierer udgifterne til det kommunale personale, som ledsager en borger, når hospitalet har godkendt, at borgeren får en ledsager med.

Aftalen er blevet revideret af en tværsektoriel arbejdsgruppe.

De væsentligste ændringer er:

- Standardkontrakten er ændret
- Hospitalet er ansvarlig for at udfylde og sende standardkontrakten til kommunen
- Der er tilføjet en blanket til afregning
- Aftalens layout er ændret
- Aftalens hovedelementer er blevet fremhævet
- Målgruppen er blevet præciseret
- Det er blevet tydeliggjort, at kommunen kun kan ledsage en borger, hvis kommunen har det nødvendige personale til rådighed
- Ledsagerens opgaver er blevet præciseret
- Muligheden for at indgå en generel aftale om ledsagelse for en borger, som har et serieløb
- Ansvar for ledsageren er præciseret
- Ledsagelse af respirationspatienter reguleres i "Samarbejdsaftale mellem Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner vedr. fælles hjælpeordninger for borgere med kronisk respirationsinsufficiens"
- Ledsagelse for borgere på regionale sociale tilbud er indarbejdet
- Ledsagelse for borgere til specialtandplejen er indarbejdet
- Ledsagelse for borgere, som behandles udenfor Region Midtjylland er indarbejdet
- Ledsagelse for borgere, som behandles på privathospitaler er indarbejdet

Den reviderede ledsageraftale træder i kraft den 1. november 2017. Aftalen blev godkendt af Sundhedsstyregruppen den 6. september 2017.

Aftalen findes her: <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/om-sundhedsaftalen/samarbejdsaftaler/ledsageraftale/>

Klyngerne er ansvarlige for at implementere aftalen, og de skal sikre, at aftalen er kendt på alle hospitaler/afdelinger (somatik og psykiatri) og i alle kommuner i klyngen.

Sundhedsaftalesekretariatet afklarer, om der skal indgås en særlig aftale med Samsø Kommune, som følge af kommunens ø-status.

I forbindelse med revisionen af aftalen er hospitalernes og Regionspsykiatriens udgifter til ledsagelse opgjort for andet halvår 2015 og hele 2016. Udgifterne fremgår af nedenstående tabeller:

#### Udgifter 2. halvår 2015:

AUH	308.979,36
HE Horsens	221.637,00
HE Midt	34.542,96
HE Randers	5.325,29

HE Vest	13.889,00
Psykiatri	3.811,25
<b>I alt</b>	<b>588.184,86</b>

#### **Udgifter 2016:**

AUH	1.042.849,71
HE Horsens	532.150,00
HE Midt	537.443,73
HE Randers	225.913,18
HE Vest	1.524.718,00
Psykiatri	38.933,98
<b>I alt</b>	<b>3.902.008,60</b>

Oversigten viser, at der er stor forskel på, i hvor høj grad ledsageraftalen bliver anvendt på hospitalerne og i Regionspsykiatrien.

#### **Beslutning**

Indstilling godkendt.

## Punkt 10: Henvendelse vedrørende ventetid til hudlæge

1-00-10-14

### Indstilling

at Sundhedskoordinationsudvalget tager orientering om ventetid til hudlæger til efterretning.

### Sagsfremstilling

Medlem af Sundhedskoordinationsudvalget Tage Nielsen har stillet spørgsmål angående ventetider til hudlæge. Tage Nielsen spørger til den lange ventetid i Region Midtjylland og en dårligere dækning i Region Midtjylland sammenlignet med fx Region Sjælland og Region Hovedstaden. Tage Nielsen har medsendt en opgørelse over ventetider pr. 19. april 2017, der er vedlagt som bilag.

Det er regionsrådet, som beslutter, hvor mange praktiserende dermatologer (hudlæger), der skal være i regionen.

Hvert 4.-5. år udarbejdes en praksisplan på speciallægeområdet, hvori det bl.a. bestemmes, hvor mange speciallægepraksis (både dermatologi- og øvrige speciallægepraksis såsom øjen- og øre-næse-halspraksis), der skal være i regionen. Det forventes, at regionen går i gang med at revidere den nuværende praksisplan primo 2018.

Regionsrådets beslutning om hvor mange speciallægepraksis, der skal være i regionen, tages bl.a. på baggrund af en vurdering af, hvordan regionens samlede sundhedsudgifter og de lægefaglige ressourcer bruges bedst muligt.

#### Tabel 1 Antal praksis og ventetider hos praktiserende dermatologer i Region Midtjylland

Praksissted	Antal praksis	Ventetid til ikke-akut pr. 22.9.2017
Herning	2 praksis	19 uger – 19 uger
Holstebro	2 praksis	8 uger – 12 uger
Skive	1 praksis	16 uger
Viborg	1 praksis	25 uger
Silkeborg	1 praksis	24 uger
Randers	2 praksis	14 uger – 18 uger
Grenaa	1 praksis	12 uger
Aarhus	5 praksis	14 uger – 16 uger – 25 uger – 2 praksis har ikke oplyst ventetid

Ventetiden er hentet på sundhed.dk 22. september 2017

Det ses af tabel 1, at der er relativt lange ventetider til ikke-akutte patienter hos de praktiserende dermatologer, men at det ikke er geografisk bestemt. Ventetiderne er generelt længere end på Sjælland og i hovedstadsområdet (jf. bilag), men er sammenlignelige med ventetiderne i Region Nordjylland og i Region Syddanmark

I henhold til den overenskomst hudlægerne arbejder under, skal de praktiserende speciallæger afsætte daglige tider til at tage akutte patienter ind. De er i den forbindelse forpligtigede til at foretage en faglig vurdering af henvisningerne, så det bliver de knapt så alvorlige tilfælde, der kommer til at vente længere.

#### Tabel 2 Antal borgere pr. praktiserende dermatolog

Region	Borger pr. praktiserende dermatolog
Region Midtjylland	76.338
Region Nordjylland	73.338
Region Syddanmark	80.986

Region Sjælland 59.330

Region Hovedstaden 38.196

Opgjort på antallet af borgere i regionerne 3. kvartal 2016

Af tabel 2 ses, at praksiskapaciteten i Region Midtjylland er nogenlunde på linje med Region Nordjylland og Region Syddanmark, men mindre end Region Sjælland og Region Hovedstaden (sidstnævnte har i betydelig højere grad end de øvrige regioner baseret den ambulante kapacitet på speciallægepraksis).

## **Beslutning**

Indstilling godkendt.

Sundhedskoordinationsudvalget ønsker en yderligere afklaring af baggrunden for ventetiden og handlemuligheder.

## **Bilag**

Bilag henvendelse Tage Nielsen SKU 091017

## **Punkt 11: Eventuelt**

1-00-10-14

### **Beslutning**

Det blev besluttet, at dagsordener fremover offentliggøres på First Agenda. Der vil være mulighed for at tilgå punkterne på en hjemmeside også, men der vil ikke længere blive udsendt pdf-filer med dagsorden og bilag. Administrationen skærper fremadrettet, at der er en læsevejledning ift. punkter med større bilag.