

REFERAT Udvalg vedrørende nære sundhedstilbud d. 07-11-2017

Mødedato Tirsdag d. 07. november 2017 kl. 09:00

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

Indholdsfortegnelse

Afrapportering på lægedækningshøringen 2017.....	3
Godkendelse af revision af forløbsprogram for KOL.....	5
Godkendelse af referat af møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 3. okt	8
Gensidig orientering #.....	9

Punkt 1: Afrapportering på lægedækningshøringen 2017

1-35-72-22-17

Resume

Resultatet af lægedækningshøringen 2017 viser, at der er plads til i alt ca. 73.600 ekstra tilmeldte borgere blandt regionens praktiserende læger. Region Midtjylland har således en tilstrækkelig ekstrakapacitet blandt de praktiserende læger, selvom der for fjerde år i træk kan konstateres et fald i ekstrakapaciteten. Faldet skal dog ses i sammenhæng med en fortsat positiv befolkningstilvækst i regionen.

Direktionen indstiller,

at resultaterne fra lægedækningshøringen tages til orientering.

Sagsfremstilling

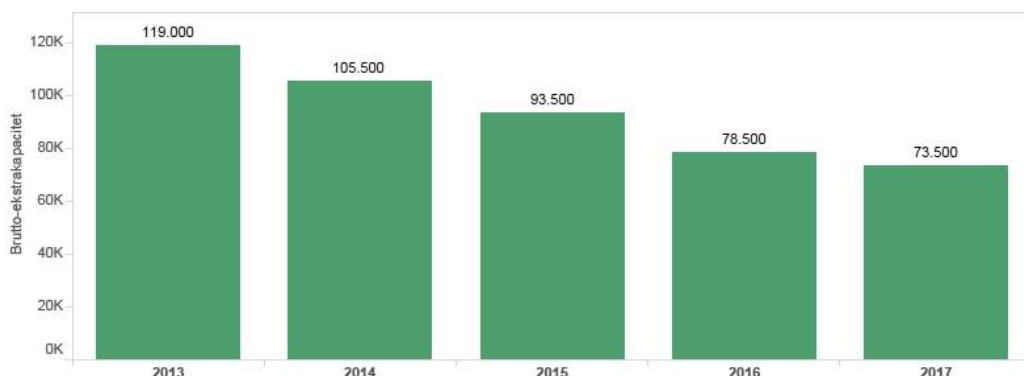
Resultatet af lægedækningshøringen 2017 viser, at der er en ekstrakapacitet blandt regionens praktiserende læger på yderligere 73.586 tilmeldte borgere, hvilket svarer til 5,8 %. For fjerde år i træk kan der konstateres et fald i ekstrakapaciteten - dette år på ca. 6 % point i forhold til 2016.

Der skal ifølge 'overenskomsten om almen praksis' § 3 foretages en årlig beregning af kapaciteten blandt de praktiserende læger i hver region. Formålet er at synliggøre en eventuel uudnyttet behandlingskapacitet og sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge. Dette sker ved et spørgeskema (høring), der udsendes til alle regionens lægepraksis, hvor der spørges til antallet af borgere, som den enkelte praksis højst ønsker tilmeldt.

Høringen i Region Midtjylland blev igangsat den 19. september 2017 og var ved sin afslutning den 23 oktober 2017 besvaret af 351 praksis (94,3 %). Resultatet af høringen kan opgøres på to forskellige måder, henholdsvis som 1) netto-ekstrakapacitet og 2) brutto-ekstrakapacitet.

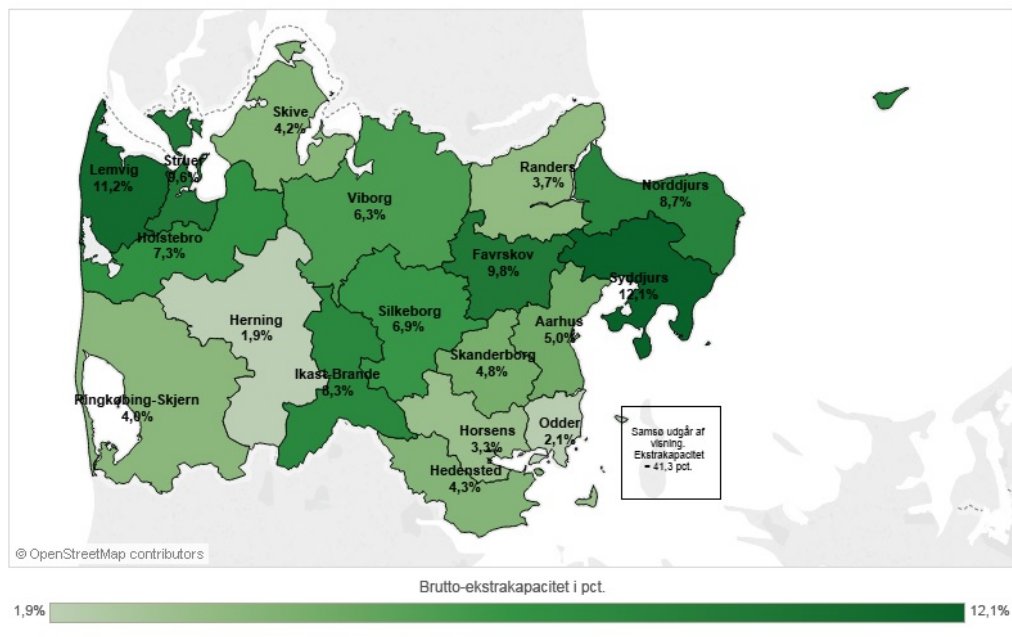
1. Netto-ekstrakapacitet er en opgørelse af ekstrakapaciteten uden korrektion for de overenskomstmæssige forpligtelser til antallet af borgere, som praksis er forpligtet til at have tilmeldt. Her er resultatet en ekstrakapacitet blandt de praktiserende læger på yderligere ca. 25.200 borgere (1,9 %).
2. Brutto-ekstrakapacitet er beregnet under hensyntagen til de overenskomstmæssige forpligtelser, som praksis er underlagt, samt at lægepraksis ikke kan melde ind med et ønsket antal borgere, der er mindre end det antal, der allerede er tilmeldt lægepraksis. Denne opgørelsesmetode er sammenlignelig med tidligere års afrapporteringer og viser en ekstrakapacitet på ca. 73.600 borgere i regionen (5,6 %).

Region Midtjylland har overordnet set tilstrækkelig ekstrakapacitet, selvom der er sket et fald i brutto-ekstrakapaciteten på ca. 5.000 sammenlignet med lægedækningshøringen 2016. Figur 1 nedenfor viser opgørelsen af ekstrakapaciteten blandt de praktiserende læger de seneste fem år.



Figur 1 - Brutto-ekstrakapacitet i Region Midtjylland 2013-2017

Geografisk fordeler brutto-ekstrakapaciteten på 73.600 sig jævnt over hele regionen med det største nominelle antal i Samsø, Syddjurs, Lemvig og Favrskov kommuner, mens den er lavest i Herning, Odder, Horsens og Randers kommuner. Administrationen arbejder aktuelt med kapacitetstilpasning og lægedækning i både Herning, Horsens og Randers kommune, men ikke på nuværende tidspunkt i Odder Kommune. Fordelingen af ekstrakapacitet fordelt på kommuner er illustreret i figur 2 nedenfor.



Figur 2 - Fordelingen af Brutto-ekstrakapacitet 2017 fordelt på kommuner

Resultaterne fra lægedækningshøringen 2017 indgår som et parameter i regionens kapacitetsdimensioneringsmodel for almen praksis og skal ses i sammenhæng med andre parametre, der tilkendegiver såvel kapaciteten blandt de praktiserende læger i et givent område, som efterspørgslen efter ydelser blandt borgerne i samme områder. Derfor vil administrationen i 2018 fortsætte med at tilpasse kapaciteten ved at udvide og/eller indskrænke antallet af ydernumre alt efter udbuds- og efterspørgselsituationen i et givent lægedækningsområde i overensstemmelse med kapacitetsdimensioneringsmodellen og Region Midtjyllands øvrige plangrundlag.

Beslutning

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

Mette Valbjørn, Carl Johan Rasmussen og Birgitte Svenningsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Anbefaling

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

Mette Valbjørn, Carl Johan Rasmussen og Birgitte Svenningsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Tidligere Politisk Behandling

Regionsrådet blev orienteret om lægedækningshøringen for 2016 på møde den 25. januar 2017.

Bilag

Afrapporteringsnotat for lægedækningshøring 2017

Punkt 2: Godkendelse af revision af forløbsprogram for KOL

1-35-72-3-15

Resume

Forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er i overensstemmelse med Sundhedsaftalen 2015-2018 blevet revideret. Forløbsprogrammet beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede indsats for borgere med KOL samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører. Revisionen indebærer, at den specialiserede rehabilitering flyttes fra hospitalerne til kommunerne. Desuden tilrettelægges (stratificeres) indsatserne, så de tager udgangspunkt i den enkelte borgers samlede situation.

Direktionen indstiller,

at det reviderede forløbsprogram for KOL godkendes.

Sagsfremstilling

Et forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats i forhold til en given patientgruppe med en kronisk sygdom samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører.

Forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er i overensstemmelse med Sundhedsaftalen 2015-2018 blevet revideret. Den første reviderede version af forløbsprogram for KOL blev udarbejdet i foråret 2015. Programmet blev imidlertid ikke behandlet i Sundhedskoordinationsudvalget grundet usikkerhed omkring de økonomiske konsekvenser for kommunerne. Derfor er revisionen af forløbsprogrammet, i modsætning til forløbsprogrammerne for diabetes og hjertesygdom, først klar til godkendelse på nuværende tidspunkt.

De væsentligste ændringer i det reviderede forløbsprogram er, at:

- den specialiserede rehabilitering flyttes fra hospitalerne til kommunerne
- indsatserne stratificeres med udgangspunkt i den enkelte borgers samlede situation.

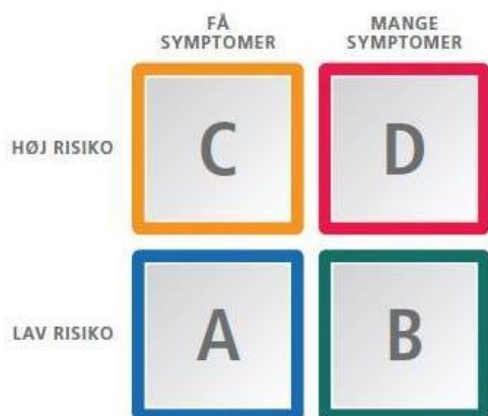
Ændringer i forløbsprogrammet – mere fokus på samarbejde og borgerens forløb

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 aktørerne 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 risikovurdering, ernæring og palliation og har et stærkere fokus på implementeringsopgaven.

Den væsentligste organisatoriske ændring er flytning af den specialiserede rehabilitering fra hospitaler til kommuner, jf. nedenstående tabel. 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.

Patienterne inddeles i kategorierne A, B, C og D - afhængig af forskellige sygdomsparametre. Formålet er at skabe grundlag for en effektiv planlægning af de samlede indsatser og give den enkelte borger de tilbud, der er behov for.

De tre sygdomsparametre, som anvendes til at inddеле patienter i kategorier, er graden af lungefunktionsnedsættelse i forhold til den forventede værdi. Desuden måles omfanget af symptomer ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer og endelig hyppigheden af akut forværring af sygdommen (eksacerbationer). På baggrund af resultatet af undersøgelserne af de tre dimensioner kan borgerens sygdom placeres i stadie A-D.



I det hidtidige forløbsprogram har det haft betydning for, hvorvidt rehabilitering er sket i kommunerne eller som et specialiseret tilbud på hospitalerne. Fremover vil det kun være borgere i patientgruppe/stadie D, som vil kunne tilbydes rehabilitering på hospitalerne.

Patientgruppe KOL	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

Note til tabellen: CAT (COPD Assessment Test) er et spørgeskema, som måler livskvalitet hos patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). Spørgeskemaet måler den effekt, som KOL har på den enkelte borgers velbefindende og hverdag.

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 få gavn af rehabiliteringstilbuddene. Samtidig vil det også være forventningen, at flere gennemfører forløbene med bedre mestringssevne og indsigt i egen sygdom til følge.

Opfølgning på økonomi

Det har været vanskeligt, på baggrund af eksisterende data, at fastslå den økonomi, der er forbundet med implementeringen af programmet. Især når det handler om at estimere størrelsen af den relevante population, som fremadrettet forventes at modtage et rehabiliteringsforløb i kommunerne, er det forbundet med et betydeligt skøn. Derfor er de økonomiske estimater tilsvarende 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.

Det er derfor aftalt i regi af Sundhedskoordinationsudvalget, at en arbejdsgruppe følger økonomien og aktiviteten med særlig fokus på antallet af borgere, der indtil nu har modtaget specialiseret genoptræning i hospitalsregi, men som følge af forløbsprogrammet overgår til en kommunal indsats. Desuden kan der forventes en øget deltagelse og/eller gennemførelse af rehabiliteringsforløbene som følge af, at de flyttes tættere på borgernes bopæl.

Kommunerne ønsker at etablere en kvoteordning i forhold til disse borgere, der tidligere ville have modtaget specialiseret genoptræning i hospitalsregi, men som i det reviderede forløbsprogram skal modtage en kommunal indsats. Ud fra de tilgængelige data vil en kvote på denne gruppe af borgere være ca. 375 personer i hele Region Midtjylland.

Det skal understreges, at borgere med diagnosen KOL skal tilbydes rehabilitering jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Derfor vil kvoten ikke have betydning for den enkelte borger med KOL. Såfremt kvoten overskrides, vil det derimod give anledning til fornyede drøftelser mellem Region Midtjylland og kommunerne om den økonomi, som er forbundet med rehabiliteringsindsatsen.

Endelig har kommunerne i forløbsprogrammet en opgave i forhold til kostvejledning af borgere med KOL. Derimod har kommunerne ikke en forpligtigelse i forhold til diætistbehandling (kliniske diætister).

Processen for forløbsprogrammet for KOL

Forløbsprogrammerne er dynamiske og bliver løbende tilrettet i takt med udviklingen. Dette gælder også forløbsprogrammet for KOL. Der er således i gangsat en række initiativer, som vil blive tilføjet i forløbsprogrammet i

takt med, at de er klar til implementering. Det drejer sig blandt andet om:

- initiativer i den nye overenskomst med almen praksis
- telemedicinsk hjemmemonitorering.

De mest betydende ændringer vil blive forelagt til politisk behandling.

Når godkendelsen ikke afventer de nævnte udeståender, skyldes det hensynet til patienter/borgere med KOL og de sundhedsprofessionelle, som varetager behandlingen. Der er således et påtrængende behov for et forløbsprogram, som afspejler og tilgodeser de nuværende behov for begge grupper, hvilket den aktuelle reviderede version af forløbsprogrammet kan dække til trods for de nævnte udeståender.

Forløbsprogrammet i den foreliggende reviderede version kan ses på www.sundhedsaftalen.rm.dk. (se under samarbejdsaftaler/forløbsprogrammer).

Beslutning

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

Mette Valbjørn, Carl Johan Rasmussen og Birgitte Svenningsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Anbefaling

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

Mette Valbjørn, Carl Johan Rasmussen og Birgitte Svenningsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Tidligere Politisk Behandling

Den hidtidige version af forløbsprogrammet for KOL blev sammen med forløbsprogrammerne for diabetes og hjertesygdom godkendt af regionsrådet den 29. april 2009. Den foreliggende reviderede version har været i høring i foråret 2015. Den politiske proces omkring det reviderede forløbsprogram er igangsat med Sundhedskoordinationsudvalgets godkendelse den 9. oktober 2017.

Punkt 3: Godkendelse af referat af møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 3. oktober 2017 #

1-01-81-9-14

Resume

Referat fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 3. oktober 2017 forelægges til godkendelse.

Direktionen indstiller,

at referat fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 3. oktober 2017 godkendes.

Sagsfremstilling

Referat fra møde i det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud den 3. oktober 2017 forelægges til godkendelse.

Beslutning

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud godkendte referatet fra mødet den 3. oktober 2017.

Mette Valbjørn, Carl Johan Rasmussen og Birgitte Svenningsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

Bilag

Referat nære sundhedstilbud 03.10.2017 - åben

Punkt 4: Gensidig orientering #

1-01-81-9-14

Sagsfremstilling

Gensidig orientering.

Orientering om verserende lægedækningssager.

Beslutning

Mette Jensen orienterede om verserende lægedækningssager.

Mette Valbjørn, Carl Johan Rasmussen og Birgitte Svenningsen var forhindrede i at deltage i sagens behandling.