

REFERAT Praksisplanudvalg d. 06-03-2019

Mødedato Onsdag d. 06. marts 2019 kl. 14:00

Mødested Konference 1, Regionshuset Viborg, Skottenborg 26, Viborg

Indholdsfortegnelse

Mødedeltagere.....	3
Anbefalinger til samarbejdet om de kommunale akutfunktioner.....	4
Temadrøftelse - Perspektiver i en ældre aftale.....	6
Status vedrørende flytning af KOL og diabetes type 2 patienter fra hospitalerne til almen praksis.....	8
Egenbetaling på kommunale akutpladser.....	10
Orientering om praksisophør.....	11
Afrapportering på Lægedækningshøring 2018.....	13
Lægedækningstruede områder 2019.....	16
Opgørelse af akutte ambulancekørsler i forhold til rekvirenter og geografi.....	19
Status for etablering og understøttelse af kvalitetsklynger i almen praksis.....	22
Orientering om igangsætning af initiativer i regi af alliancen om den nære psykiatri.....	24
Orientering om indsatsen vedr. influenzavaccinationer.....	26

Punkt 1: Mødedeltagere

1-01-72-35-17

Sagsfremstilling

Fra kommunerne:

Viceborgmester Frank Heidemann, Ikast-Brande

Byrådsmedlem Mette Nielsen, Viborg

Viceborgmester Benny Hammer, Norddjurs

Byrådsmedlem Jens Kristian Hedegaard, Holstebro

Viceborgmester Claus Wistoft, Syddjurs

Direktør Mette Andreassen, Viborg Kommune

Direktør Helle Bro, Holstebro Kommune

Direktør Karen Heebøll, Ikast-Brande Kommune

Konsulent Jonna Holm Pedersen, KKR-sekretariatet

Specialkonsulent Sine Møller Sørensen, KOSU-sekretariatet

Fra PLO Midtjylland:

Formand Lise Høyer

Næstformand Henrik Idriss Kise

Birgitte Borup

Chefkonsulent Lisbeth Trøllund

Fra Region Midtjylland:

Regionsrådsmedlem Else Kayser (formand)

Regionsrådsmedlem Birgit Christensen

Regionsrådsmedlem Finn Thranum (næstformand)

Vicedirektør Rikke Skou Jensen, Sundhedsplanlægning

Kontorchef Anne Birgitte Jæger, Koncern Økonomi

Kontorchef Dorthe Klith, Sundhedsplanlægning

Sandra Bjerre Nielsen, Sundhedsplanlægning (referent)

Beslutning

Der var afbud fra Claus Wistoft, Mette Nielsen, Helle Bro og Rikke Skou Jensen.

Mette Andreassen forlod mødet efter færdigbehandling af pkt. 8.

Henrik Kise forlod mødet efter færdigbehandling af pkt. 9.

Punkt 2: anbefalinger til samarbejdet om de kommunale akutfunktioner

1-01-72-35-17

Resume

Praksisplanudvalget igangsatte på mødet den 28. maj 2018 et arbejde med henblik på at kunne aftale rammerne for samarbejdet mellem regionens kommuner, almen praksis, hospitaler om de kommunale akutfunktioner. En tværsektoriel arbejdsgruppe har nu udarbejdet en række anbefalinger og herunder forslag til definitioner og arbejdsgange, som kan indgå i en aftale om rammer for samarbejdet om borgere i kommunale akutfunktioner.

Administrationen indstiller,

- at Praksisplanudvalget drøfter arbejdsgruppens anbefalinger til samarbejdet om de kommunale akutfunktioner.
- at Praksisplanudvalget godkender, at der udarbejdes en samarbejdsaftale, der opstiller klare rammer for arbejdsdeling og arbejdsgange i borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion.
- at Praksisplanudvalget godkender, at forskelle i handlemuligheder og muligheder for kommunikation, som praktiserende læger og vagtlæger har samt forskel i honoreringen udredes nærmere i et samarbejde mellem PLO Midtjylland, regionens kommuner og Region Midtjylland.
- at Praksisplanudvalget godkender, at mulighederne for en mere ensartet kvalitet og praksis i forhold til at tage akutte, venøse blodprøver via en akutfunktion udredes i et samarbejde mellem PLO Midtjylland, regionens kommuner og Region Midtjylland.
- at Praksisplanudvalget godkender anbefalingen om, at alle kommuner tilstræber med tiden at have et akutteam.
- at Praksisplanudvalget godkender, at der udarbejdes en rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning til personale i kommunale akutfunktioner, som forelægges til godkendelse.
- at Praksisplanudvalget godkender, at problemstillingen med manglende mulighed for at opbevare medicin og væsker i akutfunktionerne rejses nationalt.

Sagsfremstilling

Arbejdsgruppens anbefalinger retter sig mod, hvordan den lægefaglige forankring af indsatserne i de kommunale akutfunktioner kan styrkes. Fokus er særligt på tydelighed om placeringen af det lægefaglige patient- og behandlingsansvar samt hvordan samspillet mellem kommunale akutfunktioner og praktiserende læger kan fremme sammenhæng og kvalitet i de borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion.

Arbejdsgruppens anbefalinger er:

1. At der indgås en lokalaftale, der opstiller klare rammer for arbejdsdeling og arbejdsgange i borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion. Arbejdsgruppen har beskrevet forslag til beskrivelse af formål med aftale, målgruppe for akutfunktionen, henvisning og visitation, lægefagligt ansvar for patient og for behandling, afklaringsfase og samarbejde under forløbet samt afslutning i akutfunktionen. (Arbejdsgruppens forslag er uddybet i bilaget.)
PLO-Midtjylland har gjort opmærksom på, at det beskrevne samarbejde om klare rammer for kommunikation, tilgængelighed og akuthed fordrer en aftale om honorering for kommunikation, hvor Ålborgaftalen med 10 min. moduler kunne anvendes til inspiration. Det er fremført, at for at fremme et øget samarbejde også i lægevagten, er det nødvendigt med en styrket honorering til sygebesøg foretaget af lægevagten.
2. Vilkårene for lægefaglig forankring i forhold til akutfunktionerne er forskellige alt efter, om der er tale om dagtid (kl. 8-16) eller vagttid (kl. 16-8). Der er forskelle i de handlemuligheder og muligheder for kommunikation, som praktiserende læger og vagtlæger har samt forskel i honoreringen. Det anbefales, at problemstillingen udredes i et samarbejde mellem Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og regionens kommuner.
3. At Region Midtjylland, kommuner og almen praksis sammen udreder mulighederne for en mere ensartet kvalitet og praksis i forhold til at tage akutte, venøse blodprøver via en akutfunktion med henblik på at finde fælles løsninger på området.

4. At alle kommuner tilstræber med tiden at have et akutteam for at styrke indsatsen i patientens hjem
5. At der indgås en rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning til personale i kommunale akutfunktioner
6. At problemstilling med manglende mulighed for at opbevare medicin og væsker i akutfunktionerne rejses nationalt.

De fulde anbefalinger er vedlagt som bilag.

Akutstyregruppen i Region Midtjylland har på møde i januar 2019 behandlet de foreløbige anbefalinger til samarbejdet om de kommunale akutfunktioner. Akutstyregruppen ønskede i den forbindelse at gøre opmærksom på, at formuleringerne i anbefalingen omkring Patientansvarlig læge (konkret følgende formulering: "Hospitalslægen kan gå i dialog med egen læge eller dennes stedfortræder fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen"), fortsat rummer en grad af usikkerhed i forhold til sikkerhed for, at patienter altid er sikret det lægefaglige tilsyn, der er behov for. Akutstyregruppen anbefaler derfor, at der i forlængelse af behandling for vedtagelse af afrapporteringen til PPU igangsættes en proces med henblik på at sikre, at der findes en løsning vedrørende dette.

Arbejdsgruppens anbefalinger har været sendt til de 19 midtjyske kommuner med henblik på at få bemærkninger til anbefalingerne samt det faglige indhold i en samarbejdsaftale på området. Generelt er tilbagemeldingerne positive. Herudover peger kommunerne på forslag til mindre faglige præciseringer og justeringer i materialet. Bemærkninger vil indgå i det videre arbejde med de anbefalinger, som Praksisplanudvalget beslutter at gå videre med, herunder den endelige formulering af en samarbejdsaftale på området.

Honoreringsaftale med praktiserende læger

PLO Midtjylland har peget på, at en samarbejdsaftale fordrer, at der indgås en aftale om honorering af praktiserende læger, da det anbefalede samspil mellem praktiserende læger, hospitaler og akutfunktioner ikke er tilstrækkelig dækket af ydelserne i overenskomsten for almen praksis. Der er erfaringer med en honoreringsaftale i forhold til lægernes kommunikation med akutfunktionerne i Randersklyngen og Ålborg Kommune.

Den videre proces

Såfremt PPU godkender anbefalingerne vil PLO Midtjylland, kommunerne i Region Midtjylland og Region Midtjylland i løbet af marts/april 2019 forhandle om evt. honoreringsaftale med almen praksis. Herudover arbejdes der videre med de øvrige anbefalinger, herunder ved inddragelse af Sundhedskoordinationsudvalget.

Beslutning

Praksisplanudvalget godkendte anbefalingerne.

Praksisplanudvalget godkendte, at forslag om honoreringsaftale udarbejdes som en forsøgsordning, hvor sigtet er at hvis der er gode erfaringer, så kan det indgå i en kommende overenskomst. Udvalget lægger vægt på, at der undervejs indhentes erfaringer og dokumentation for ordningen.

Bilag

Anbefalinger - Samarbejde akutfunktioner

Punkt 3: Temadrøftelse - Perspektiver i en ældre aftale

1-01-72-35-17

Resume

PPU besluttede på mødet den 28. maj 2018 at godkende en arbejdsplan for PPU's arbejde i 2018. I denne var indeholdt, at perspektiverne for en ældre aftale skulle drøftes i 2018.

Administrationen indstiller,

at PPU drøfter perspektiverne i en ældre aftale

Sagsfremstilling

I løbet af de næste 10-20 år vil der ske en kraftig stigning i andelen af ældre og borgere med kronisk sygdom og multisygdom. På den baggrund er et indsatsområde i den kommende Sundhedsaftale 'Sammen om ældre – akutområdet som det første fokus'.

Akutområdet er et helt centralt tema i forhold til den ældre patient, og dette dagsordenspunkt skal derfor også ses i sammenhæng med pkt. 2 om anbefalinger til samarbejdet.

Den ældre patient er dog mere end den akutte patient. De ældre borgere er en heterogen gruppe, der indeholder både raske borgere og multisyge patienter. Udviklingen vil alt andet lige betyde en større søgning til alle dele af sundhedsvæsenet - herunder almen praksis. De praktiserende læger vil få en større opgave med på den ene side at vejlede de sunde ældre borgere og på den anden side tage hånd om de svært syge.

I forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen har PLO-M foreslået en række initiativer, eksempelvis fastansatte læger på alle plejehjem, Integration af IT-platformer på tværs af sektorerne, særlige hospitalsforløb, særlige langvarige konsultationer i almen praksis, indsatser vedr. medicinering, behandling af ældre patienter i nærheden af eller i eget hjem, ansvarsoverdragelse mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet for at sikre bedre sammenhæng og større tryghed for patienterne, herunder åbne indlæggelser og fælles standarder i de forskellige kommuners behandlingstilbud. Henvendelsen er vedlagt som bilag.

Med afsæt i nedenstående spørgsmål ønskes en drøftelse af perspektiverne i en ældre aftale:

- Hvilke særlige udfordringer vil det være relevant at adressere i en ældre aftale?
- Hvilke målgrupper inden for ældre befolkningen skal eventuelle indsatser rettes imod? De mest syge? Eller dem, som er på vej til at blive syge?
- Hvilke gevinster ønskes med en eventuel ældre aftale ?

Som inspiration til udvalget indledes drøftelsen med to korte oplæg om perspektiverne på en ældre aftale:

- Lise Høyer vil bl.a. adressere emnet fra de praktiserende lægers perspektiv
- Lise Rosenbæk fra Koncern Kvalitet vil fortælle om medicinområdet og ældrepatienter

Øvrige initiativer på ældre området

a) Akutte patienter

Der er for tiden nedsat to arbejdsgrupper som arbejder med behandlingen af akutte patienter. Den ene vedr. samarbejdet om de kommunale akutfunktioner som fremgår af dagsordenens pkt. 2. Den anden vedrører en kortlægning af udfordringer og muligheder for forbedringer af det tværsektorielle samarbejde på akutområdet, som Sundhedskoordinationsudvalget har igangsat ifm. arbejdet om den næste sundhedsaftale. PPU vil også blive orienteret.

Akutområdet er kendetegnet ved en lang række aktører herunder kommuner, hospitaler, vagtlæger, praktiserende læger, præhospitalt beredskab (akutlægebiler, akutbiler, ambulancer). Der er tale om beredskaber og visitationer, hvor den akutte patient ofte vil have kontakt og forløb, som berører flere aktører.

Målet med arbejdet er at den ældre borger og herunder forebyggelse og behandling af akut sygdom bliver et fælles indsatsområde.

Arbejdsgruppen har til opgave:

- at afdække og analysere udfordringer og forbedringspotentialer for det tværsektorielle samarbejde på akutområdet, særligt med henblik på potentiale for en reduktion af akutte indlæggelser og forebyggelige indlæggelser, styrkelse af samarbejdet, og bedre udnyttelse af de samlede ressourcer
- at komme med anbefalinger til forbedringer i det tværsektorielle samarbejde på det akutte område og dermed hvilke overordnede elementer/områder, der med fordel skal beskrives i en kommende samarbejdsaftale / underliggende aftale.
- Arbejdsgruppen bedes forholde sig til både dagtid og vagttid bl.a. i forhold til opgave- og ansvarsfordeling på tværs af aktører, herunder samarbejdet om forebyggelse af indlæggelser, visitation og mellem udkørende beredskaber (kommunale sygeplejersker, akutteam, ambulancer og lægebil, vagtlæge), og deres samarbejde med hospitalerne. Det skal derudover undersøges om der er målgrupper (fx borgere med psykiatriske problemstillinger), hvor der er særlige udfordringer/potentialer.

b) Den ældre medicinske patient

Regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti har prioriteret 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt 300 mio. kr. til at løfte indsatsen for den ældre medicinske patient. Første led i en national handlingsplan for den ældre medicinske patient er en akutpakke mod overbelægning på sygehusene.

Andet led består af otte indsatser som sammen skal sikre den ældre medicinske patient højere kvalitet og øget sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Der er særligt fokus på at styrke indsatsen før og efter sygehusindlæggelse og på at styrke sammenhængen på tværs af sektorer. Det betyder, at der sættes fokus på den tidlige opsporing og på at løfte kompetencerne i den kommunale hjemmesygepleje. Herudover sættes der fokus på at styrke hospitalets rådgivning af kommuner og almen praksis og at udbrede kendskabet til "Medicintjek i praksis".

Hertil kommer satspuljemidler, som her i regionen omfatter alle fem klynger. To klynger afprøver indsatser, der skal styrke visitationen for at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, mens tre klynger afprøver metoder til styrket udskrivning med henblik på at undgå genindlæggelser. Satspuljeprojektet afsluttes med udgangen af 2019. Det er planen, at der udarbejdes et kompendium, som kort beskriver de fem delindsatser, opsamlet viden og barrierer samt anbefalinger i forhold til at udbrede i hele regionen

PPU bedes drøfte de forskellige perspektiver ved en ældre aftale.

Beslutning

Praksisplanudvalget ønsker, at der ses nærmere på de nuværende erfaringer, herunder om der er konkrete initiativer, som kan spille ind i en eventuel ældreaftale. Der skal være særlig fokus på forebyggende initiativer, medicingennemgang fx ved indflytning på plejehjem og den døende patient.

Initiativet skal samtænkes med sundhedsaftalen og en kommende praksisplan.

Praksisplanudvalget ønsker at se på mulighederne for at fortsætte plejehjemslægeaftalen efter 2019.

Lise orienterede om netop indgået aftale fra Region Syddanmarks Praksisplanudvalg. Den handler om opfølgning og koordination efter indlæggelse.

Bilag

Indspark fra PLO-Midtjylland til Sundhedsaftale (2)

Oplæg fra Lise Høyer

Oplæg fra Lise Bakkestrøm Rosenbæk

Lokalaftale om Opfølgning og koordination efter indlæggelse

Punkt 4: Status vedrørende flytning af KOL og diabetes type 2 patienter fra hospitalerne til almen praksis

1-30-72-192-17

Administrationen indstiller,

at PPU tager denne status på implementeringen af KOL og diabetes type 2 til efterretning

Sagsfremstilling

Baggrund

PPU godkendte den 28. maj 2018 implementeringsplanen for KOL og diabetes type 2 i almen praksis, hvor patienterne skulle overgå til almen praksis i perioden 1. september 2018 til 31. august 2019. Dette er en midtvejsstatus på implementeringsplanen.

Den forventede flytning

I den nuværende overenskomsttaftale om almen praksis er det aftalt, at behandlingen af ukomplicerede KOL- og diabetes type 2-patienter skal flyttes fra hospitalerne til almen praksis. I overenskomsten adresseres det, at der i Region Midtjylland forventeligt kan flyttes 5.330 diabetes type 2 patienter, mens der intet konkret tal nævnes for KOL. I forbindelse med godkendelsen af implementeringsplanen for KOL og diabetes type 2 blev PPU orienteret om, at antallet af patienter, der i Region Midtjylland kan flyttes fra ambulatorierne til almen praksis forventeligt er lavere end aftalt i overenskomsten. Det skyldes bl.a., at man i Region Midtjylland allerede for år tilbage har udflyttet nogle af patienterne.

Til at estimere antallet af patienter, der kan flyttes i Region Midtjylland, er der derfor foretaget patientgennemgange på to af regionens hospitalsenheder. Disse viste, at ca. 400 KOL-patienter kunne flyttes fra ambulatorierne til almen praksis, mens ca. 100-1.200 diabetes type 2-patienter kan flyttes.

Status på flytning

I tabel 1 vises antallet af KOL- og diabetes type 2-patienter, som man på baggrund af patientgennemgange forventede at kunne flytte. I yderste kolonne vises udviklingen i unikke patienter, som har været på ambulatorierne i perioden 1. september – 31. december i 2017 og 2018. Dermed sammenlignes de første tre måneder efter, at overenskomsten officielt trådte i kraft med samme periode året inden. Yderligere viser tabel 1 antallet af unikke patienter fra ambulatoriepopulationerne i 2017, som er tilmeldt kronikerhonorar i almen praksis i perioden 1. januar – 30. november 2018.

Tabel 1

	Forventet flytning fra patientgennemgange	Faktuel flytning, opgjort pr. 1. januar 2019
Diabetes type 2	100-1200 patienter	785 færre unikke patienter på ambulatorierne i perioden september-december 2018 ift. 2017 1344 unikke patienter fra ambulatoriepopulationen i 2017, er tilmeldt kronikerhonorar i almen praksis i 2018.
KOL	400 patienter	264 færre unikke patienter på ambulatorierne i perioden september-december 2018 ift. 2017 737 unikke patienter fra ambulatoriepopulationen i 2017, er tilmeldt kronikerhonorar i almen praksis i 2018.

Tabel 1 indikerer, at hospitalerne er godt i gang med flytningen til almen praksis. En stor del af de patienter man vurderede kunne flyttes er således flyttet.

Der er forskel på, hvor store andele af KOL- og diabetes type 2-patienterne de enkelte hospitaler har kunnet flytte i perioden 1. januar – 30. november. Forklaringen kan være lokale forhold på de enkelte hospitaler. Eksempelvis er flere af hospitalerne i gang med at flytte ind i nye bygninger og lokaler. Det kan have betydning for hvor mange

patienter, der har været indkaldt til afslutningssamtale mm. For en mere detaljeret gennemgang, se bilag 1 (afsnit 2, figur 2 & 4).

Andre analyser i opfølgningen

I implementeringsplanen er der fortsat en række indikatorer, der skal følges. Disse vedrører antal patienter tilmeldt kronikerhonorar i almen praksis, udviklingen i akutte forløb blandt KOL- og diabetes type 2-patienter samt borgere tilmeldt kronikerhonorarets forbrug af ydelser før og efter implementeringen af overenskomsten. Disse analyser er alle udførligt beskrevet i bilag 1 (afsnit 3-5)

Resultaterne af de ovennævnte analyser gennemgås kort her.

Pr 30. november 2018 er følgende antal patienter tilmeldt kronikerhonorar i almen praksis:

- Kronikerhonorar for patienter med KOL (0130): 10.180 patienter
- Kronikerhonorar for patienter med diabetes type 2 (0131): 25.315 patienter
- Kronikerhonorar for patienter med både KOL og diabetes type 2 (0132): 2.225 patienter

Der er ikke sket en stigning i antallet af akutte forløb blandt KOL- og diabetes type 2-patienter fra ambulatorierne fra 2017 til 2018. Her er det blevet undersøgt, om de patienter, der indgik i ambulatoriepopulationerne i 2017 har haft flere akutte forløb i 2018 end de patienter, der i 2016 indgik i ambulatoriepopulationerne havde i 2017. Dermed har ændringerne ikke givet anledning til flere akutte forløb (Bilag 1, afsnit 4, figur 6 og 7).

Blandt borgere, som er tilmeldt kronikerhonorar, er der sket en stigning i antallet af sygebesøg, mens der omvendt er sket et fald i antallet af tillægsydelser og laboratorieydelser (bilag 1, afsnit 5 og tabel 4).

Endelig indgår det som en del af forhandlingsaftalen til den nye overenskomst, at de praktiserende læger på landsplan skal levere 75.000 flere lungefunktionsundersøgelser end i 2014. I de første elleve måneder af 2018 har væksten dog kun været på ca. 37.000 (hvilket svarer til en årseffekt på 40.000) – altså langt fra målsætningen på 75.000 (bilag 1, afsnit 5 og tabel 6).

Afsluttende bemærkninger

Resultaterne af analyserne bliver forelagt på SUNS den 13. marts. Yderligere sendes resultaterne til kommentering hos det endokrinologiske og lungemedicinske specialeråd i marts med henblik på, at disse kan berige tallene.

Endelig vil der blive udarbejdet en ny status på flytningen af KOL og diabetes type 2 patienter til PPU i 4. kvartal 2019, når implementeringen af overenskomsten har løbet i et år.

I løbet af den kommende overenskomstperiode vil det Regionale Løn og Takst Nævn med inddragelse af Praktiserende Lægers Organisation tage initiativ til en forskningsbaseret evaluering af, om opgaveflytningen har været succesfuld. Her vil der blive set på, om patienter overvejende følges og behandles i almen praksis, og om den faglige kvalitet af kronikerbehandlingen i almen praksis er tilfredsstillende.

Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

Punkt 5: Egenbetaling på kommunale akutpladser

1-01-72-35-17

Resume

PPU har efterspurgt en oversigt over egenbetaling på kommunale akutpladser.

Oversigten er ikke længere interessant, da finanslovsaftalen for 2019 og frem har stoppet opkrævningen for ophold på kommunale akutpladser.

Administrationen indstiller,

at praksisplanudvalget tager nærværende orientering til efterretning

Sagsfremstilling

Som et led i arbejdet med at aftale rammerne for samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og de kommunale akutfunktioner har en tværsektoriel arbejdsgruppe udarbejdet anbefalinger for samarbejdet. Anbefalingerne behandles i punkt 2.

Udover anbefalingerne har arbejdsgruppen haft til opgave at se på egenbetaling på akutpladser. Arbejdsgruppen har i forhold til denne del af opgaven valgt at afvente udmelding fra Sundheds- og Ældreministeriet om egenbetaling på akutpladser.

Status på dette er, at Regeringen og Dansk Folkeparti med finansloven for 2019 er enige om at sikre, at opkrævningen af egenbetaling for kost, linned, tøjvask o.lign. ved ophold på en kommunal akutplads stoppes. I den forbindelse har det vist sig, at der er behov for at præcisere reglerne for, hvad der indgår i det vederlagsfrie tilbud om hjemmesygepleje givet ved en kommunal akutplads.

De nødvendige regelændringer forventes at være klar i begyndelsen af 2019. KL og Sundheds- og Ældreministeriet er i dialog om, hvordan regelgrundlaget og vejledningsmateriale på område skal præciseres.

Indtil reglerne er på plads har Sundheds- og Ældreministeriet anbefalet og henstillet, at kommunerne undlader at opkræve egenbetaling for kost, linned, tøjvask o.lign. for borgere, der opholder sig på en akutplads. KL har derfor opfordret alle kommuner til at stoppe evt. egenbetaling ved ophold på en akutplads pr. 18. december 2018.

Udmeldingerne fra ministeriet og KL forholder sig ikke til egenbetaling til transport og medicin i forbindelse med ophold på en akutplads.

Praksisplanudvalg, 6. marts 2019, pkt. 1:

Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning. Udvalget ønsker at behandle sagen igen til efteråret, når der foreligger klarhed om en evt. kommende sundhedsreform. Det afklares, hvordan praksis er i forhold til at skelne mellem transport til midlertidige pladser og akutpladser.

Punkt 6: Orientering om praksisophør

1-30-72-130-15

Resume

Som følge af Praksisplanudvalgets delegering af ansvaret for at drøfte mulighederne for at sikre lægedækningen i forbindelse med et ophørsvarsel til administrationen og PLO-M, orienteres Praksisplanudvalget hermed om de ophørsvarsler, der har været siden seneste møde i udvalget.

Såfremt en lægepraksis meddeler ophør, følger administrationen en fast procedure for at sikre af lægedækningen, som er beskrevet i Strategi for lægedækning Almen Praksis, og godkendt af regionsrådet den 27. juni 2018.

Administrationen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning

Sagsfremstilling

Siden sidste møde i PPU d. 5. september 2018, har administrationen modtaget følgende ophørsvarsler.

Fursund

Lægen meldte i september 2018 ophør pr. 31. marts 2019. Lægehuset har godt 2.000 tilmeldte patienter, og drives fra et lægehus ejet af regionen.

Ingen læger bød på annonceringen af praksis.

Regionen modtog bud fra tre private leverandører. Alles Lægehuse vandt udbuddet med laveste pris og skal starte en udbudsklinik pr. 1. april 2019.

Bøvlingbjerg

Regionen modtog i oktober 2018 et ophørsvarsel fra lægeklinikken i Bøvlingbjerg, som ligger i Lægedækningsområde Lemvig, med 19 km til Lemvig by. Lægerne stopper 30. april 2019.

Regionen har en aftale med Lemvig Kommune, som ejer sundhedshuset i Bøvlingbjerg, om at der skal være lægeklinik i huset som minimum frem til 2022.

Ingen læger bød på annonceringen af praksis.

Regionen modtog bud fra tre private leverandører. Nordic Medicare vandt udbuddet med laveste pris og skal starte en udbudsklinik pr. 1. maj 2019.

Lemvig

Læge Trine Dahlgaard har meldt ophør pr. 30. juni 2019. Hendes ca. 1.900 patienter overføres herefter til Nordic Medicares praksis, som drives fra de tilstødende lokaler.

Læge Bruno Christensen har over for regionen tilkendegivet, at han ophører pr. 31. august 2019. De ca. 1.800 patienter vil da blive overført til den planlagte regionsklinik, som forventes at starte 1. september 2019.

Regionen har kontrakt med Nordic Medicare om at drive praksis frem til 31. august 2019. Når den kontrakt udløber, skal de til den tid forventeligt ca. 5.000 patienter overtages af den planlagte regionsklinik, drevet af Hospitalsenhed Vest.

Samsø

En af de to nuværende læger på Samsø har meddelt ophør pr. 1. juni 2019.

Regionen annoncerer praksis og laver sideløbende udbud, men pga. særlige omstændigheder på Samsø er kravene til en kommende læge noget større end normalt. Bl.a. er der en særlig, udvidet vagtforpligtelse på øen. Ligeledes varetager øens læger flere opgaver for Samsø Sundheds- og Akuthus, samt ambulancetjenesten.

Holstebro

Et lægehus i Holstebro har meddelt ophør til d. 30. juni 2019. Ophøret omfatter 2 lægekapaciteter og ca. 3.000 patienter. Der er ikke plads til at fordele patienterne i byens øvrige praksis. Lægerne har nu endelig bekræftet ophør, da det ikke er lykkedes at sælge. Regionen annoncerer praksis og laver sideløbende udbud.

Randers

En solopraksis i Randers med ca. 1.700 patienter har meddelt ophør pr. 31. august 2019. Hvis regionen modtager bekræftelse på ophør inden 1. maj, håndteres ophøret efter regionens strategi for lægedækning.

Grenaa

En solopraksis i Grenaa med ca. 1.300 patienter har meddelt ophør pr. 31. august 2019. Hvis regionen modtager bekræftelse på ophør inden 1. maj, håndteres ophøret efter regionens strategi for lægedækning.

Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

Punkt 7: Afrapportering på Lægedækningshøring 2018

1-35-72-17-18

Resume

Resultatet af lægedækningshøringen 2018 viser, at der er plads til yderligere ca. 76.300 tilmeldte borgere blandt regionens praktiserende læger. Region Midtjylland har således overordnet set tilstrækkelig ekstra patientkapacitet hos de eksisterende praktiserende læger. I modsætning til perioden fra 2013-2017, hvor ekstrakapaciteten har været faldende, er ekstrakapaciteten fra 2017 til 2018 stigende.

Administrationen indstiller,

at orienteringen om resultatet af lægedækningshøringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Lægedækningshøringen 2018 blev afsluttet i oktober og behandles på det først forekommende møde i PPU siden høringens afslutning. SUNS og Regionsrådet er i mellemtiden blevet orienteret om høringen og dets resultater. Desuden er der blevet udsendt en pressemeddelelse omkring lægedækningshøringen 2018. Se bilag.

Der skal ifølge overenskomsten om almen praksis foretages en årlig beregning af patientkapaciteten hos 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 almen praksis. Dette sker ved en undersøgelse (høring), der udsendes til alle regionens lægepraksis, hvor der spørges hvor mange borgere, den enkelte praksis ønsker tilmeldt.

Resultatet af lægedækningshøringen 2018 viser, at der er en ekstra patientkapacitet blandt regionens praktiserende læger på yderligere 76.383 tilmeldte borgere, hvilket svarer til 5,8 %. For første gang siden 2013, kan der konstateres en stigning i ekstrakapaciteten – i år på ca. 3,9 % i forhold til 2017.

Høringen i Region Midtjylland blev igangsat den 31. august 2018 og er besvaret af 339 ud af 365 praksis (92,9 %).

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. Det er med andre ord præcis det antal patienter, som lægerne siger, de gerne vil have, hvis de selv kunne bestemme. Her er resultatet en ekstra patientkapacitet blandt de praktiserende læger på yderligere 29.499 (2,2 %).
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 viser en ekstrakapacitet på 76.383 borgere i regionen (5,8 %).

I behandlingen af resultaterne af høringen fokuseres på "brutto-ekstrakapacitet", da det tal tilkendegiver, hvor mange patienter regionen i praksis ville kunne tilmelde de eksisterende almene praksis i morgen, om nødvendigt. Det er altså den reelle ekstrakapacitet regionen råder over, med de nuværende praksis/lægekapaciteter.

Region Midtjylland har overordnet set tilstrækkelig brutto-ekstrakapacitet og i sammenligning med høringen i 2017, er der sket en stigning i brutto-ekstrakapaciteten på ca. 3.000 borgere. Figur 1 nedenfor viser opgørelsen af brutto-ekstrakapaciteten blandt de praktiserende læger de seneste seks år.

Figur 1 - Brutto-ekstrakapacitet i Region Midtjylland 2013-2018

Samsø fremgår som en kommune med en stor brutto-ekstrakapaciteten, fordi de to læger på Samsø på tidspunktet for lægedækningshøringen havde to kapaciteter hver. Det ser derfor ud som om, at hver læge kun passer ca. 1.000 patienter, men i realiteten passer de ca. 2.000 patienter hver. Af samme grund er Samsø fjernet fra figur 2.

Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilag

Lægedækningshøring 2018

PM Godt nyt: Lægerne har stadig plads til nye patienter

Punkt 8: Lægedækningstruede områder 2019

1-01-72-40-14

Resume

Lægedæknings- og Rekrutteringsudvalget indstiller til Praksisplanudvalget at vedlagte liste over lægedækningstruede områder 2019 godkendes.

Lægedæknings- og Rekrutteringsudvalget indstiller desuden at der fremover kun udnævnes lægedækningstruede områder én gang årligt, mod i dag to gange årligt, og kun som følge af ekstraordinære omstændigheder, såsom en akut befolkningsændring eller hastigt frafald af læger med konsekvenser for området, kan lægedæknings- og rekrutteringsudvalget udpege et område som værende lægedækningstruet udenfor den planlagte tidsramme, ved indstilling fra region, kommune eller PLO-M.

Derfor fremsættes en revideret procedure for udnævnelse af lægedækningstruede områder. Desuden indstilles, at et lægedækningsområde, som kommer på listen over lægedækningstruede områder, opretholder denne status i to år fra udnævnelsen, eller frem til den næste liste offentliggøres to kalenderår senere. Dette for at lægehuse i området, og læger der overvejer at flytte til området, kan planlægge i forhold til, at området er lægedækningstruet, og ud fra de fordele, som dette måtte give i forhold til den til enhver tid gældende overenskomst.

Det indstilles,

- at Praksisplanudvalget godkender listen over lægedækningstruede- og opmærksomhedsområder.
- at Praksisplanudvalget godkender den reviderede procedure for udnævnelse af lægedækningstruede områder, så listen fremover kun revideres én gang årligt.
- at Lægedækning og rekrutteringsudvalget ved ekstraordinære omstændigheder, såsom en akut befolkningsændring eller hastigt frafald af læger med konsekvenser for området, kan udnævne et område som lægedækningstruet i perioden mellem revidering af listen.
- at Områder der kommer på listen over lægedækningstruede områder fremover opretholder denne status i to år, frem til næste liste offentliggøres to kalenderår senere.

Sagsfremstilling

I forbindelse med ændringer i overenskomsten for almen praksis, gældende fra 1. januar 2018, er det væsentligt at skelne mellem to typer af lægedækningstruede områder, henholdsvis:

1. Den **nationale** model til udpegning af lægedækningstruede områder, som allokere midler via det differentieret basishonorar til lægedækningstruede områder, på baggrund af en objektiv model udarbejdet af repræsentanter fra alle fem regioner. Den enkelte region kan ikke selv sætte områder på denne liste, som er låst i en treårig periode fra primo 2018.
2. De **regionale** lægedækningstruede områder, der udnævnes af hver enkelt region, og på den baggrund tildeles rettigheder ifølge overenskomsten, som skal fremme rekruttering og praksisdrift i området.

I Region Midtjylland udarbejdes den regionale liste (2.) i Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget, som indstiller listen til godkendelse i praksisplanudvalget. Listen er gældende fra vedtagelse i praksisplanudvalget.

Indstilling af liste over lægedækningstruede- og opmærksomhedskrævende områder 2019

Det fremgår af Praksisplan for almen praksis (2016 s. 11), at lægedækningstruede områder i Region Midtjylland udnævnes med udgangspunkt i Region Midtjyllands kapacitetsdimensioneringsmodel. Forankret i modellen genereres der en bruttoliste (Se bilag) over lægedækningsområder, som kan kategoriseres som henholdsvis lægedækningstruede og opmærksomhedsområder. Denne bruttoliste genereres med baggrund i data omkring andelen af polyfarmacipatienter, borgere på udvalgte overførselsindkomster, indbyggere over 75 år, kontaktydelser pr. indbygger, andel læger over 63 år, lukkede kapaciteter, ekstrakapacitet (iht. Lægedækningshøringen 2018) og overenskomstmæssige ekstrakapacitet. Hver af disse kriterier tillægger områderne enten en udbudsscore eller en efterspørgselsscore. Et lægedækningsområde kan på baggrund af efterspørgsels- og udbudsscorerne udpeges som opmærksomhedsområde og lægedækningstruet område. Udpegningen sker ud fra følgende regelsæt:

- Opmærksomhedsområde: Lægedækningsområdet scorer minimum ét point på udbudsscoren og har samtidig en samlet score fra 3 til 4 point.
- Lægedækningstruet område: Lægedækningsområdet har en samlet score på minimum 5 point.

Bruttolisten suppleres med bl.a. historik, konkrete forhold, personforhold og øvrige omstændigheder, der kan have betydning for lægedækningen i de pågældende områder. Også lægedækningsområder, der ikke fremstår på regionens kapacitetsdimensioneringsmodel kan på baggrund af disse erfaringer indstilles som lægedækningstruede eller opmærksomhedskrævende (Praksisplan om Almen Praksis, s. 12). På baggrund i de overstående fremlagte kriterier og erfaringer indstiller lægedæknings- og rekrutteringsudvalget til at følgende lægedækningsområder udnævnes som henholdsvis lægedækningstruede og opmærksomhedskrævende:

Bruttolisten fra kapacitetsdimensioneringsmodellen		Endelig liste til godkendelse
Lægedækningstruede områder		1. Lægedækningstruede områder
LD Endelave	1	LD Endelave
LD Lemvig	2	LD Lemvig
LD Randers C og N	3	LD Samsø
LD Samsø	4	LD Skive
LD Skive	5	LD Roslev
LD Stuer	6	LD Tarm
Observationslisten	7	LD Tunø
LD Allingåbro	8	LD Anholt
LD Grenaa	9	LD Ringkøbing
LD Holstebro	10	LD Skjern
LD Horsens	11	LD Thyborøn
LD Juelsminde	12	LD Hvide Sande
LD Kibæk	13	LD Glesborg
LD Roslev	14	LD Thyholm
LD Spøttrup	15	LD Stouby
LD Tarm		2. Observationslisten
LD Viborg	16	LD Juelsminde
	17	LD Holstebro
	18	LD Allingåbro
	19	LD Bording
	20	LD Hedensted

De ovenstående lægedækningstruede områder tildeles rettigheder så som at få delepraksistilladelse i en periode op til 6 år uden tilladelse fra samarbejdsudvalget, forbedret mulighed for refusion fra Administrationsudvalget i PLO i forbindelse med ansattes sygdom, barsel, adoption, mv, samt bedre adgang til ansættelser af uddannelseslæger og speciallæger.

Hidtil er listen blevet revideret halvårligt.

Ændring af procedurer for udnævnelse af lægedækningstruede områder.

Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget foreslår, at listen over lægedækningsområder fremover kun revideres én gang årligt. Det har vist sig, at det er begrænset, hvor meget der ændrer sig over en periode på et halvt år. Ved særlige omstændigheder i et område, kan Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget i en periode mellem udnævnelse af listen over lægedækningsområder, udpege området som lægedækningstruet.

Desuden mener Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget at et område, som udnævnes til lægedækningstruet, bør oppebære denne status i en periode på to år fra udnævnelsen, frem til den næste liste offentliggøres to kalenderår senere. På den måde kan praksis i området, og læger der overvejer at slå sig ned i området, regne med, at de fordele der følger med at praktisere i et lægedækningstruet område, i det mindste gælder i en periode på to år. Det

vil være en ændring i forhold til gældende praksis, hvor listen altså ændres hvert halve år, og et område på den måde risikerer at blive fjernet fra listen efter kun 6 måneder.

Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget indstiller derfor, at den hidtidige procedure for udnævnelse af lægedækningstruede områder ændres til den revidere procedure. Både den gældende procedurebeskrivelse og den revidere version er vedhæftet som bilag.

Beslutning

Alle indstillinger blev godkendt.

Bilag

Indstilling LDT-områder PPU 2019

Kort over lægedækningstruede og observations områder 2019

Bruttoliste

Procedure for udnævnelse af lægedækningstruede omr

REVIDERET procedure for udnævnelse af lægedækningstruede områder

Punkt 9: Opgørelse af akutte ambulancekørsler i forhold til rekvirenter og geografi

1-31-72-94-18

Resume

En opgørelse af antallet af akutte ambulancekørsler (hastegrad A og B) rekvireret via henholdsvis 1-1-2, vagtlæge, praktiserende læger og hospitaler fordelt på geografi fremlægges. Antallet af akutte ambulancekørsler rekvireret via 1-1-2, vagtlæge og praktiserende læge synes at hænge sammen med kommunernes demografiske sammensætning. Stigningen i antallet af akutte kørsler fra 2016 til 2017 er på tværs af kommuner størst for kørsler rekvireret af vagtlæger og praktiserende læger.

Administrationen indstiller,

at orienteringen om rekvirenter af akutte ambulancekørsler fordelt på geografi tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Hospitalsudvalget modtog i november 2018 en orientering om en stigende aktivitet i forhold til ambulancekørsler og liggende sygetransport. I den sammenhæng anmodede udvalget om en opgørelse af rekvirenter fordelt på geografi, og at resultaterne blev forelagt for praksisplanudvalget.

Stigning i aktivitet fra 2014 til 2017

Det fremgik af orienteringen fra november 2018, at der i perioden 2014 til 2017 har været en stigning i antallet af ambulancekørsler og liggende/hvilende sygetransport på 4,9 %.

I samme periode var antallet af akutte kørsler (hastegrad A og B) steget med 13,6 %, mens antallet af ikke-hastende kørsler (hastegrad C og D) er faldet med 3,7 %.

Stigningen i antallet af akutte kørsler fra 2014 til 2017 skyldes flere anmodninger om præhospital hjælp via 1-1-2 (8,8 %), fra praktiserende læger (31,4 %) og fra vagtlæger (16,0 %).

I den opfølgende analyse er der taget udgangspunkt i akutte ambulancekørsler i 2016 og 2017 fordelt på rekvirenter og geografi.

Akutte ambulancekørsler i 2016 og 2017 fordelt på rekvirenter og geografi

Af figur 1-4 i bilag 1 fremgår antallet af akutte ambulancekørsler (hastegrad A og B) pr. 1000 indbyggere rekvireret via henholdsvis 1-1-2, vagtlæge, praktiserende læge og hospitaler i 2016 og 2017 fordelt på afhentningskommune. Afhentningskommune er den kommune, hvor patienten er blevet hentet af ambulancen.

Samsø Kommune skiller sig ud fra de øvrige kommuner i forhold til antallet af akutte ambulancekørsler pr. 1000 indbyggere rekvireret via 1-1-2, vagtlæge og praktiserende læge. Det kan både skyldes Samsøs geografi og demografiske sammensætning.

Forskellene mellem de øvrige kommuner er markant mindre, men den demografiske sammensætning ser også ud til at have indflydelse på antallet af akutte ambulancekørsler rekvireret via 1-1-2, vagtlæge og praktiserende læge for de øvrige kommuner.

Det ses derudover, at niveauet for antallet af akutte ambulancekørsler rekvireret af hospitaler pr. 1000 indbyggere er højest i kommuner med et hospital. Det skyldes, at akutte ambulancekørsler rekvireret af hospitalerne hovedsageligt er interhospital transport, hvormed afhentningskommunen er den kommune, hvor hospitalet ligger.

Det synes ikke at være yderligere geografiske mønstre i forhold til at antallet af akutte ambulancekørsler pr. 1000 indbyggere fordelt på afhentningskommune.

Udvikling fra 2016 til 2017 i antallet af akutte ambulancekørsler fordelt på rekvirenter og geografi

Der er sket en stigning i akutte ambulancekørsler (hastegrad A og B) fra 2016 til 2017. Stigningen skyldes et øget antal anmodninger om præhospital hjælp via 1-1-2, fra praktiserende læger og fra vagtlæger, jf. tabel 1 og 2 i bilag 1.

Tabel 1: Udviklingen i antallet af akutte ambulancekørsler (hastegrad A og B) pr. 1000 indbyggere fra 2016-2017 fordelt på rekvirent og afhentningskommune

	112	Praktiserende læge	Vagtlæge	Hospital
Favrskov	2	0,8	1,2	-0,1
Hedensted	-0,6	2,2	1,2	-0,1
Herning	-0,7	2	1,8	-1
Holstebro	-2,9	2,3	1,3	0,2
Horsens	1	2,8	2,5	0,1
Ikast-Brande	1,4	3,7	3,2	-0,3
Lemvig	6,2	-0,3	4,5	0,4
Norddjurs	-2,9	2,7	3	-0,2
Odder	-0,4	2,9	2,8	-0,2
Randers	1,9	1,8	2,5	-0,4
Ringkøbing- Skjern	-0,6	1,6	-0,6	-0,4
Samsø	0,1	7,8	0	-4,6
Silkeborg	-0,7	1,7	1,3	0
Skanderborg	0,2	1,2	1,7	0,3
Skive	0,4	2,8	1,9	-0,1
Struer	2,9	1	3,9	-0,1
Syddjurs	0,7	2,2	2,5	-0,5
Viborg	-0,1	2,1	2,6	-0,1
Århus	0	1,2	1,3	-0,7
I alt	0,2	1,6	1,6	-0,3

Tabellen svarer til tabel 2 i bilag 1.

Stigningen er størst for praktiserende læger og vagtlæger, idet antallet af akutte ambulancekørsler rekvireret af både praktiserende læger og vagtlæger er steget med 1,6 kørsler pr. 1000 indbygger. Det ses endvidere at antallet af akutte ambulancekørsler pr. 1000 indbygger rekvireret af praktiserende læge og vagtlæge var stigende fra 2016 til 2017 i stort set alle kommuner.

Antallet af akutte ambulancekørsler pr. 1000 indbyggere rekvireret af hospitalerne var samtidig faldende i stort set alle kommuner fra 2016 til 2017.

Der synes ikke at være geografiske mønstre i forhold til udviklingen i antallet af akutte ambulancekørsler pr. 1000 indbyggere rekvireret via 1-1-2.

Gældende servicemål for ikke-hastende kørsler

De nuværende servicemål for C- og D-kørsler har været gældende siden 1. december 2014. Servicemålene er opdelt i forhold til, om det er kørsel fra hjem til hospital, fra hospital til modtagelse af plejepersonale på bopæl, ikke-hastende hjemkørsel, ikke-hastende indlæggelse eller ikke-hastende interhospital transport. Servicemålene angiver hvor mange procent, der skal afleveres/afhentes senest 15 – 240 minutter efter ønsket afleverings-/afhentningstidspunkt.

Før 1. december 2014 var servicemålene mindre præcise, og angav for eksempel ikke hvor mange patienter (%), der skulle være fremme inden for et vist tidsrum. Målene omfattede afhentning indenfor 1½ time efter ønsket afhentning samt aflevering indenfor 1 time før ønsket aflevering. Det var dog uklart, hvornår en kørsel skulle klassificeres som henholdsvis en afhentnings- eller afleveringskørsel.

Præhospitalet vurderer ikke, at ændringen af servicemålene kan forklare den aktuelle stigning i antallet af A-og B-kørsler, da der ikke er tale om en serviceforringelse, og da ændringen ligger helt tilbage i 2014.

C60-kørsler

Da der er stor forskel på B-kørsler, hvor 75 % skal være fremme inden for 20 minutter og C-kørsler, hvor der må gå op til 2 timer, har de praktiserende læger mulighed for at rekvirere en såkaldt C60-kørsel. Det vil sige en C-kørsel, der skal være fremme senest 60 minutter efter ønsket afhentningstidspunkt, som typisk vil svare til bestillingstidspunktet.

Disse kørsler vil dog stadig tælle som C-kørsler i statistikken.

Usikkerhed om sikkerheden i C-kørsler

En del af forklaringen på de færre C-kørsler kan bunde i, at der muligvis blandt praktiserende læger har været en opfattelse af, at C-kørslerne ikke kunne yde tilstrækkelig behandling til patienten, hvorfor de i højere grad har valgt at rekvirere B-kørsler.

Præhospitalet har derfor i maj 2018 udsendt et nyhedsbrev via praksis.dk, hvor det beskrives, at A-, B- og C-kørsler er lige sikre, og at C-kørsler foretages i samme type ambulance og med samme personale som A- og B-kørsler. D-kørsler kan derimod foregå i liggende/hvilende sygetransporter med ikke-sundhedsfagligt personale. De udføres dog også i et vist omfang af ambulancer.

Beslutning

PLO-M peger på, at det kan dreje sig om, at der er indført flere nye instrukser som betyder, at der fx ved mistanke om hjertetilfælde og apopleksi skal tilkaldes ambulance. Endvidere kan der være en øget bekymring hos almen praksis for UTH'er, som kan betyde, at der ringes efter kørsel B.

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilag

Bilag 1 - Geografi og rekvirent

Bilag 2 - Dansk Indeks for Akuthjælp og hastegradsvurdering

Punkt 10: Status for etablering og understøttelse af kvalitetsklynger i almen praksis

1-30-72-221-18

Resume

Etableringen af kvalitetsklynger er godt i gang og overgår allerede nu de mål for klyngedannelse, der er fastlagt i overenskomsten.

Kvalitet i Almen Praksis (KIAP) varetager den nationale understøttelse af arbejdet i klyngerne. Region Midtjylland understøtter ligeledes arbejdet i klyngerne og har udviklet en række klyngepakker, som klyngerne kan vælge at anvende.

Direktionen indstiller,

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Baggrund

Med den ny overenskomst for almen praksis blev der introduceret en ny tilgang til kvalitetsarbejdet i almen praksis. Kvalitetsinitiativer skal fremover primært forankres i lægefaglige fællesskaber, de såkaldte kvalitetsklynger, hvor de praktiserende læger sammen skal initiere og drive kvalitetsudviklingen af deres daglige kliniske arbejde. Grundlaget for klyngedannelsen baserer sig som udgangspunkt på klynger med et antal praksis med et underlag på 30.000 gruppe 1 sikrede. I Region Midtjylland er organiseringen foretaget således, at klyngerne relaterer sig entydigt til en kommune eller en hospitalsenhed.

Pr. 10. januar 2019 er der registreret 87 klynger på landsplan, hvoraf de 24 er i Region Midtjylland. 77 % af ydernumrene i Region Midtjylland er således i en klynge, og de 24 klynger dækker 86 % af de gruppe-1 sikrede i regionen.

Den nationale understøttelse af kvalitetsklynger via Kvalitet i Almen Praksis

Til arbejdet med det nye kvalitetsprogram og den nye tilgang er Kvalitet i Almen Praksis (KIAP) etableret. Denne organisering består af en programbestyrelse, programstyregruppe og sekretariat. Koncerndirektør Christian Boel er formand for programstyregruppen. Kvalitet i Almen Praksis har til opgave at udvikle indikatorer for almen praksis, datagrundlag og i øvrigt overordnet understøtte arbejdet i klyngerne.

KIAP har udarbejdet en bruttoliste over mulige indikatorer for almen praksis og har valgt at arbejde videre med følgende 6 indikatorer:

- antibiotika, KOL, diabetes
- henvisninger til kommunale tilbud
- rationel farmakoterapi og forbrug af diagnostiske undersøgelser
- psykofarmaka
- afhængighedsskabende medicin
- smertestillende medicin.

Der foreligger nu et større arbejde i forhold til at afdække de udvalgte indikatorer. Arbejdet med de udvalgte indikatorer er således i proces, med henblik på endelig beslutning.

KIAP arbejder på at etablere en national generisk teknisk løsning, der på tværs af systemleverandører giver praksis i klyngerne mulighed for selv at trække data fra egen patientpopulation. Det kan være patientlister med relevante diagnoser og tilhørende diagnostiske analyser. De juridiske forhold for brug af data og den tekniske løsning skal ligeledes afklares.

På medicinområdet arbejder Sundhedsdatastyrelsen i foråret 2019 på at stille et medicindatasystem til rådighed, som benævnes Ordiprax+.

Der er ikke for nuværende taget særskilt stilling til udvidet brug af tværsektorielle data ud over ovennævnte.

Regional understøttelse af klyngerne

Herudover understøtter de regionale kvalitetsenheder også kvalitetsklyngerne. Det forventes, at regionernes kvalitetsenheder spiller en aktiv rolle i forhold til:

- supplerende analyser og dataudtræk til understøttelse i klyngearbejdet
- facilitering af klyngerne

- drøftelser med praksis omkring konkrete klyngeprojekter
- support og procesunderstøttelse fx regionale lægemiddelkonsulenter, lægelige konsulenter og datakonsulenter.

Region Midtjyllands kvalitetsenhed MidtKraft har i 2018 udviklet 13 klyngepakker, som kan understøtte klyngerne i at arbejde med datadreven kvalitetsudvikling. Pakkerne består af et datasæt til klyngen samt en introduktion til emnet. 19 klynger har arbejdet med klyngepakkerne. Otte af klyngerne har bestilt to eller flere pakker. Erfaringer med arbejdet i klyngerne kan læses i brochuren "Lyd på klyngerne", hvor fem klynger i Midt fortæller om de første erfaringer med datadreven kvalitetsudvikling. MidtKraft lavede brochuren i forbindelse med Lægedage, hvor den blev delt ud til cirka 850 læger og personaler fra hele landet. Brochuren er vedhæftet som bilag.

Pt. er det muligt at få klyngepakker fra MidtKraft indenfor følgende temaer:

- Antibiotika
- Antibiotika ved øjeninfektioner
- Benzodiazepiner
- Brugen af CRP-test i almen praksis
- Brugen af Strep-A test i almen praksis
- Influenzavaccination af risikogrupper i almen praksis
- Medicingennemgang i almen praksis
- NSAID – Medicin i Midt
- Otitis media og brugen af tympanometri i almen praksis
- Perorale opioider – Medicin i Midt
- Smerteplastre – Medicin i Midt
- KOL-patienter og årlig spirometri
- Inhalationssteroid – Medicin i Midt.

Efterspørgslen på klyngepakker og idéer til nye klyngepakker har været stor, og der vil i 2019 blive udviklet flere pakker til klyngerne.

Udover klyngepakker har lægemiddelkonsulenterne holdt fire oplæg på klyngemøder, ligesom de også har leveret ordinationsdata indenfor andre emner end klyngepakkerne til de klynger, der har efterspurgt det.

Praksis uden for klynger

I følge overenskomsten har regionerne et særligt ansvar for at sikre arbejdet med kvalitetsudvikling i de praksis, som vælger ikke at indgå i klynger. Endvidere forudsættes, at disse praksis tillige akkrediteres. Regionerne afventer, at klyngedannelserne tilendebringes, så der kan dannes et overblik.

Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

Punkt 11: Orientering om igangsætning af initiativer i regi af alliancen om den nære psykiatri

1-31-72-188-18

Resume

Kommunekontaktrådet i Region Midtjylland (KKR) afholdt i marts 2018 en konference om "den nære psykiatri". Som et resultat af konferencen er der blevet dannet en "fælles alliance om den nære psykiatri", mellem de 19 midtjyske kommuner, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og regionale bruger- og pårørendeorganisationer indenfor psykiatrien. Alliancen er forankret i KKR og Regionsrådet. Der er nu udviklet de første 10 initiativer, der skal arbejdes videre med i regi af den nære psykiatri.

Administrationen indstiller,

- at orienteringen tages til efterretning, og
- at der gives mulighed for at honorere de praktiserende læger, som deltager i udvikling og afprøvning af initiativer

Sagsfremstilling

Baggrund

Kommunekontaktrådet i Region Midtjylland (KKR) afholdt i marts 2018 en konference om "Den nære psykiatri". Som et resultat af konferencen er der blevet dannet en fælles alliance om den nære psykiatri mellem de 19 midtjyske kommuner, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og regionale bruger- og pårørendeorganisationer indenfor psykiatrien. Alliancen er forankret i KKR og Regionsrådet.

Praksisplanudvalget er på møde den 5. september 2018 blevet præsenteret for vision og målgrupper for en fælles indsats i regi af alliancen om den nære psykiatri. Målgrupper, som også indgår i den nye sundhedsaftale:

- Mental sundhed hos børn og unge - forebygge at psykisk sygdom opstår og udvikler sig.
- Samarbejdet om voksne borgere med svær psykisk sygdom eller svære symptomer, som har tilbagevendende behov for støtte og behandling fra både region, kommune og almen praksis.

Der er efterfølgende arbejdet med at identificere konkrete forslag til indsatser. Flere af indsatserne kobler sig til erfaringer fra eksisterende projekter samt initiativer i regi af regionens budgetforlig for 2019. Status er, at der er identificeret følgende initiativer:

Mental sundhed børn og unge

Fælles forpligtende forløb og handleplan mellem kommuner, almen praksis samt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling

En fælles handleplan skal skabe bedre sammenhæng og klar ansvarsfordeling for børn og unge, som henvises til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling. Både i forhold til kontakt, kommunikation og henvisningspraksis.

Den gode overgang mellem folkeskole og ungdomsuddannelse

Initiativet skal sikre, at vigtig viden om den unges trivsel overdrages mellem folkeskolen og den modtagende uddannelse, og at eventuelle vigtige relationer kan følge med i overgangen.

Oplysning om social (mis)forståelse: "Jeg er helt normal"

De unge spejler sig meget i hinanden - og med Facebook, Instagram og andre sociale medier, er der meget fokus på at 'udstille det perfekte liv'. Med inspiration fra Sundhedsstyrelsens materiale om alkohol og rusmidler til 7.-9. klassetrin udvikles et tilsvarende koncept, der skal øge bevidstheden blandt de unge om, hvad der er et 'normalt ungeliv'.

Trivselsvejledere på ungdomsuddannelser og folkeskoler

Projektet skal afdække, om der er behov for et fælles koncept og udbredelse af 'trivselsvejledere'.

Udgående funktioner fra Børne- og Ungdomspsykiatrien (satspulje projekt)

Region Midtjylland har sammen med 14 kommuner fået tilsagn om midler til at afprøve tre delprojekter i perioden 2018-2021. Formålet er at styrke indsatsen for de børn og unge, som ikke har behov for en indsats i børne- og ungdomspsykiatrien, men behov for en intensiv indsats i nærmiljøet med hjælp fra alle alliancens parter.

Voksne borgere med svær psykisk sygdom

En borger - ét fælles forløb

Der udvikles en samarbejdsmodel om Én borger - ét fælles forløb. Samarbejdsmodellen indeholder flere sammenhængende og understøttende elementer, der skal udvikles (koordination, fælles infrastruktur m.m.).

Tværasektorielt call-center (psykiatri og somatik)

Et tværasektorielt call-center skal understøtte sammenhæng og bedre borgerforløb. Call-centret skal vejlede fagpersoner i klyngen (kommunale, regionale, praktiserende læger, vagtlæger) om kommunale og regionale tilbud.

Initiativer for de mest udsatte borgere

Der udvikles en tværasektoriel samarbejdsmodel, hvor der etableres et team omkring borgeren med det formål at styrke det tværasektorielle samarbejde om de mest udsatte borgere. Der findes allerede forskellige teamløsninger regionalt og kommunalt, hvor der kan findes gode erfaringer med henblik på videre udbredelse.

Udgående ambulante teams

Formålet er at skabe hurtig kontakt, forebygge indlæggelser og fremme tidlig udskrivelse. Initiativet skal bygge på eksisterende erfaringer med udgående ambulante teams med fokus på det tværasektorielle samarbejde mellem region, kommune og almen praksis.

Tværgående initiativer

IT og kommunikation på tværs

Der skal arbejdes med/udvikles løsninger, der har til formål at sikre tværasektoriel elektronisk kommunikation i psykiatrien ved brug af MedCom standarder.

Initiativerne er nærmere beskrevet i vedlagte bilag.

Næste skridt

Næste skridt er at udvikle, afprøve, kvalificere og vurdere de fremsatte løsningsforslag. En række af forslagene forankres i klyngeregion, mens andre kræver et tværasektorielt perspektiv forankret i regi af styregruppen for alliancen om den nære psykiatri. I forbindelse med det videre arbejde i klyngerne foreslås det, at der gives mulighed for at honorere praktiserende lægers deltagelse i udvikling og afprøvning af initiativer. 'Hospitals' klyngerne kan ansøge om midlerne til konkrete projekter. Der vil være tale om engangsbeløb til praktiserende læger til fx at indgå i en test af ny løsning. Tildeling af midler til en 'hospitals' klynge sker i et samarbejde mellem regionens administration og PLO-M.

En ambition med udviklingsprocessen er, at et eller flere af initiativerne kan munde ud i fælles samarbejdsaftaler. I de tilfælde vil de blive fremlagt til politisk godkendelse i kommunalbestyrelserne og regionsråd.

I efteråret afholdes en fælles konference mellem alliancens fire parter, hvor man vil præsentere, hvilke prøvehandling der er i gang og resultaterne af de prøvehandling, der er gennemført.

Politisk proces

Da alliancen politisk er forankret i KKR, Regionsrådet og Kontaktudvalget, gennemføres en politisk orienteringsproces i 1. kvartal 2019, hvor der gives en overordnet orientering om alliancens forslag og igangsætning af prøvehandling:

- KKR den 6. februar 2019
- Kontaktudvalget den 15. marts 2019
- Regionsrådet den 27. marts 2019
- Praksisplanudvalget den 6. marts 2019
- Sundhedskoordinationsudvalget den 30. april

Det forventes at KKR Midtjylland, Regionsrådet og Kontaktudvalget samt Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres for resultaterne af de første prøvehandling ultimo 2019.

Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

Praksisplanudvalget godkendte, at der gives mulighed for at honorere de praktiserende læger, som deltager i udvikling og afprøvning af initiativer.

Bilag

Samlede initiativer

Punkt 12: Orientering om indsatsen vedr. influenzavaccinationer

1-01-72-35-17

Resume

På mødet i Sundhedsstyregruppen den 23. november 2018 blev det besluttet, at der igangsættes en indsats, der skal sikre, at flere ældre og flere kronikere vaccineres mod influenza. Nærværende sagsfremstilling er en orientering om den planlagte proces.

Administrationen indstiller,

at Praksisplanudvalget tager orienteringen om indsatsen vedr. influenzavaccinationer til efterretning.

Sagsfremstilling

På mødet i Sundhedsstyregruppen den 23. november 2018 blev det besluttet, at der igangsættes en indsats, der skal sikre, at flere ældre og flere kronikere vaccineres mod influenza. Sigtet er at reducere antallet af ældre og kronikere, der bliver syge med influenza, og der bliver indlagt på hospitalet med en forebyggelig indlæggelse. Arbejdet forankres i en midlertidig tværsektoriel arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner, region og almen praksis. Arbejdsgruppen får til opdrag at definere, hvilken periode alle parter er enige om at lægge tryk på og gøre en ekstra indsats for, at flere kronikere og ældre vaccineres mod influenza samt at sammensætte en materialepakke bestående af:

- et idékatalog med inspiration til handlinger, kampagner mv. Arbejdsgruppen tager udgangspunkt i de materialer, der allerede findes fra Sundhedsstyrelsen samt samler de gode erfaringer, der allerede er fra klyngerne. Herunder også hvad kommunen, almen praksis og hospitalet kan bidrage med
- en datapakke, hvor det er muligt løbende at følge antallet af kronikere og ældre, der vaccineres mod influenza

Vedlagt som bilag er et kommissorium for gruppen.

Beslutning

Praksisplanudvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilag

Kommissorium arbejdsgruppe vedr influenzavaccinationer version 010219