

Til Sundhedskordinationsudvalget

Referat af møde i Sundhedskordinationsudvalget  
**Mandag den 10. september 2007 på Århus Rådhus**

Mødet indledes med Fyraftensdebat om et sammenhængende sundhedsvæsen med Warren Taylor, direktør i Kaiser Permanente kl. 17.30 – 18.45 med efterfølgende buffet.  
Invitation fra Århus Kommune vedlægges.

Herefter følger det ordinære møde i Sundhedskordinationsudvalget fra kl. 19.30 i Mødelokale 285 (2. sal).



Dato 13.09.2007

Jens Bejer Damgaard

Tel. +45 8728 4670

jens.damgaard@stab.rm.dk

Sagsnr. 1-00-17-06

Side 1

**Udvalgets medlemmer:**

Holger Hedegaard, Holstebro Kommune  
Hans Jørgen Hørning, Silkeborg Kommune  
Christian Møller-Nielsen, Favrskov Kommune  
Charlotte Juhl Nielsen, Horsens Kommune  
Margrethe Bogner, Århus Kommune

Praksisudvalgsformand, praktiserende læge Egon Juul-Andersen  
Næstformand for praksisudvalget, praktiserende læge Johannes Ravn Christensen

Johannes Flensted-Jensen, Region Midtjylland  
Aage Koch-Jensen, Region Midtjylland  
Anna Marie Touborg, Region Midtjylland  
Kate Runge, Region Midtjylland  
Ulla Diderichsen, Region Midtjylland

**Administrative repræsentanter:**

Direktør Jens Peter Hegelund Jensen, Silkeborg Kommune  
Sundhedsdirektør Ulla Kusk, Holstebro Kommune  
Konsulent Jonna Holm Pedersen, KKR

Direktør Leif Vestergaard Pedersen, Sundhedsstaben, Region Midtjylland  
Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland  
Afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland  
Kontorchef Jens Bejer Damgaard, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland (ref.)

Kontorchef Birgitte Holm Andersen, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland deltog i behandlingen af punkt 1.

**Afbud fra Charlotte Juhl Nielsen, Ulla Kusk, Jens Peter Hegelund Jensen, Leif Vestergaard Pedersen (Kjeld Martinussen deltog i stedet), Lars Dahl Pedersen**

**Dagsorden:**

**Indholdsfortegnelse:**

- 1. Orientering om regionens arbejde med en forbedret kronikerindsats**
- 2. Status for regionens økonomiske situation på sundhedsområdet – afledte virkninger på kommunernes økonomi**
- 3. Dialogen med Sundhedsstyrelsen om sundhedsaftalerne**
- 4. Udkast til strategiplan for revision og udvikling af sundhedsaftalerne i Region Midtjylland.**
- 5. Den mellemkommunale organisering på sundhedsområdet**
- 6. Oplæg til akutberedskab (Orienteringssag)**
- 7. Strukturudvikling i almen praksis**
- 8. Afrapportering vedr. genoptræning**
- 9. Motion på recept**
- 10. Bachelor- og kandidatuddannelse i folkesundhedsvidenskab**
- 11. Status for hjælpemiddelområdet (Orienteringssag)**
- 12. Orientering om status på høreapparatområdet**
- 13. Overdragelse af fysioterapiområdet til kommunerne**
- 14. Ny aftale vedr. den regionale specialtandpleje**
- 15. Eventuelt**

## 1. Orientering om regionens arbejde med en forbedret kronikerindsats

### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter sagen

### Sagsfremstilling

Antallet af borgere med en eller flere kroniske lidelser er vokset markant gennem de sidste 20-30 år, og denne udvikling forventes at fortsætte i de kommende årtier. Samtidig er det dokumenteret, at borgere med kroniske sygdomme ikke får den behandling, der er viden om, er den rigtige. Samordningen og arbejdsdelingen internt i sundhedsvæsenet fungerer ikke optimalt, og borgerens egenomsorg fremmes og understøttes ikke tilstrækkeligt.

Region Midtjylland arbejder derfor med at forbedre den samlede indsats for borgere med kroniske lidelser og at forebygge kroniske sygdomme, før de opstår gennem en Mål og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. Planen forventes behandlet af Regionsrådet i oktober eller november 2007.

Formålet med planen er at forbedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske lidelser gennem en bedre forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsats. På længere sigt er det hensigten at påvirke forbruget af sundhedsydelse for den enkelte borger med kronisk sygdom. Det er også hensigten, at man via bedre samarbejde og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet kan opnå en bedre ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen.

I det udkast til mål og handleplan, som det midlertidige udvalg drøfter, er der først en gennemgang af de såkaldte "kroniske udfordringer" – dvs af hvad kronisk sygdom er, udviklingen i sygdomsmønstret og kvalitetsproblemerne på området.

Dernæst gennemgås en overordnet model for en forbedret indsats i regionen. Der tages udgangspunkt i den såkaldte kronikermodel, som Sundhedsstyrelsen anbefaler som grundlag for arbejdet. De forandringer, der arbejdes hen mod, er beskrevet, og det er ligeledes forsøgt beskrevet, hvordan disse forandringer kan blive virkelighed. En af de forandringer, der ønskes, er at sundhedsvæsenet bliver mere proaktivt. På mange måder handler det grundlæggende om en forbyggende indsats på alle niveauer – forebyggelse af at folk overhovedet får kronisk sygdom, forebyggelse af progression i sygdomme og begrænsning eller udskydelse af eventuelle komplikationer som følge af sygdom.

Ændringerne kræver mere samtænkning og samordning af indsatserne i kommunerne, i praksissektoren og i hospitalsvæsenet. Og det kræver i visse tilfælde nye måder at udføre opgaverne på i alle sektorer. Den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente (KP) har været en væsentlig inspiration. Organisationen har arbejdet intensivt med modellen, hvilket præsenteres på et fyraftensmøde i Århus. KP har et højt kvalitetsniveau, et lavt forbrug af sengedage, høj patienttilfredshed og omkostninger ca. svarende til det engelske og det danske sundhedsvæsen. KP's succes hviler på en omfattende forebyggende indsats gennem systematisk undervisning i

egenomsorg og hensigtsmæssig livsstil. Hospitalsbehandling/-indlæggelse betragtes som en systemfejl, fordi forebyggelse og patientprogrammer bør mindske behovet for specialistbehandling. Endelig foretager KP hele tiden målinger af kvaliteten af det, der bliver foretaget, og bruger målingerne aktivt til at forbedre indsatsen.

Til slut i mål og handleplanen præsenteres en række helt konkrete initiativer, som foreslås gennemført. I overskriftsform er det følgende initiativer.

- Kronikerprogrammer, i første omgang for diabetes, KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse) og hjertesygdom.
- Patientuddannelse
- Selvmonitoreret og selvstyret behandling
- Web-baserede patientnetværk
- Opfølgende hjemmebesøg
- Brug af kliniske farmaceuter i almen praksis
- Arbejdet med hensigtsmæssige økonomiske incitamenters i hospitalssektoren
- Arbejdet med fælles forståelse og fælles mål for indsatsen
- Forløbskoordination på hospitaler og i kommuner

Endelig er det et særligt initiativ løbende at undersøge sundhedstilstanden, sundhedsvaner, behandlingskvalitet og oplevelser i sundhedsvæsenet for også løbende at kunne identificere og vurdere behovet for ændringer i indsatsen.

Initiativerne er meget forskellige; nogle har til formål direkte at påvirke det sundhedsfaglige arbejde eller patienternes egenomsorg. Det gælder fx kronikerprogrammerne og arbejdet med patientuddannelse. Andre har til formål at understøtte en ændret indsats mere generelt fx ved at påvirke holdninger og værdier i sundhedsvæsenet eller via økonomiske incitamenters. Initiativerne er også forskellige på den måde, at nogle af dem allerede er igangsat, nogle kan umiddelbart igangsættes, mens andre kræver mere udredning.

Mål og handleplanen kommer på et tidspunkt, hvor kommunerne har fået nye opgaver på sundhedsområdet, bl.a. inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og den patientrettede forebyggelse, som finder sted uden for hospitaler og almen praksis. Regionerne skal varetage den patientrettede forebyggelse på hospitaler og i praksissektoren. Kommunernes rolle i indsatsen for borgere med kronisk sygdom er derfor blevet større. Denne ændrede opgavedeling giver nye muligheder og nye udfordringer i forhold til at indrette en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser.

Flere af de præsenterede initiativer involverer derfor direkte kommunerne – hvilket kræver dialog og samarbejde region og kommuner imellem. Hertil er sundhedsaftalerne en velkendt struktur, hvor nye snitflader og nye tilbud, fx som følge af kronikerprogrammerne, med fordel kan aftales. Derfor vil sundhedsaftalerne og den samarbejdsstruktur, der er bygget op omkring dem, være centrale i forhold til disse initiativer. Det foreslås derfor, at der udarbejdes en særlig sundhedsaftale på kronikerområdet, jf senere.

Den administrative styregruppe vedr. sundhedsaftaler drøftede kronikerindsatsen og specielt kronikerprogrammerne på møde den 22. august 2007, og her var der på administrativt niveau kommunal opbakning til det videre arbejde.

### **Beslutning**

Birgitte Holm Andersen gennemgik kort planen og præsenterede herunder de konkrete initiativer, der er en del af mål- og handleplanen.

Sundhedskoordinationsudvalget er herefter enig i ønsket om et gensidigt forpligtigende samarbejde på kronikerområdet. Sundhedskoordinationsudvalget ønsker på den baggrund at drøfte prioritering og organisering af indsatserne.

Udvalget finder at den foreliggende plan er et godt udgangspunkt for det videre arbejde, men understreger behovet for at samordne indsatserne som beskrevet i planen.

Der arbejdes videre med et forslag fra Sundhedskoordinationsudvalget om at holde en temadag i efteråret, hvor disse drøftelser kan foregå.

## **2. Status for regionens økonomiske situation på sundhedsområdet – afledte virkninger på kommunernes økonomi**

### Indstilling

- at orienteringen drøftes

### Sagsfremstilling

I den første økonomirapport for 2007 kunne opgøres en merudgift på sundhedsområdet på 805 mio. kr. Efter regulering af økonomien, som følge af midtvejsforhandlingen med regeringen om regionernes økonomi, skal der tilvejebringes en anvisning på i alt 300 mio. kr. Denne udmøntes primært med en engangsbesparelse på 100 mio. kr. til hospitalerne og 100 mio. kr. på fællesområderne, samt et krav til en opstramning af takststyringsmodellen.

Vedrørende budget 2008 har Forretningsudvalget udmeldt rammer for den videre proces. For sundhedsområdet er der udmeldt et samlet løft, fra oprindelig budget 2007 til budget 2008, på 1.075 mio. kr. Heraf er allerede disponeret 164 mio. kr. (væsentligst takststyringspulje på 148 mio. kr. i 2007). Inden for denne ramme skal der ske en håndtering af det udgiftspres, der allerede er konstateret vedrørende 2007 samt afsættes midler til egentlige nye initiativer i 2008.

Der må forventes en ganske betydelig udfordring med at tilvejebringe et samlet forslag, der holder sig indenfor den angivne ramme.

Aktivitetsmæssigt er der i økonomiaftalen indregnet at det samlede aktivitetsniveau i 2008 skal være 8,8% højere end aktiviteten i 2006. Heraf er det forudsat at de 2\*2% realiseres som egentlige produktivitetsstigninger. Det forventes at Region Midtjylland aktivitetsmæssigt vil følge disse aktivitetsmæssige forudsætninger i det videre budgetarbejde.

Vedrørende betydningen for den kommunale medfinansiering har regionen netop modtaget en opgørelse af den statslige medfinansiering, baseret på 4 måneder. På mødes gives der en status for hvor detaljeret regionen, på nuværende tidspunkt, er i stand til at tilgå data, med henblik på etablering af en ordentlig (detaljeret) dialog.

### **Beslutning**

Kjeld Martinussen gennemgik hovedtallene, herunder den forventede meraktivitet på hospitalerne, der får afsmittende effekt på den kommunale medfinansiering.

Orienteringen blev taget til efterretning.

### **3. Dialogen med Sundhedsstyrelsen om sundhedsaftalerne**

#### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter sagen

#### Sagsfremstilling

Den 1. juni 2007 godkendte Sundhedsstyrelsen de sundhedsaftaler, Region Midtjylland og kommunerne i regionen havde indgået. Sundhedsstyrelsens gennemgang af aftalerne har været meget tekstnær og har ført til at godkendelsen skete under forudsætning af, at aftalerne revideres og indsendes til fornyet godkendelse senest den 1. april 2008.

I brev af 2. juli 2007 anerkender Sundhedsstyrelsen dog samtidig det store arbejde, kommunerne og regionen har præsteret i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsen betragter sundhedsaftalerne som et indsatsområde i udvikling af samarbejdet mellem kommunerne og regionen om indlæggelse, udskrivning, genoptræning, hjælpemidler, sundhedsfremme og forebyggelse samt indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Region Midtjyllands Sundhedskoordinationsudvalg, som er ansvarlig for udarbejdelsen af sundhedsaftalerne, har i vedlagte brev af 26. juni til Sundhedsstyrelsen dels udtrykt kritik af Sundhedsstyrelsens meget tekstnære gennemgang af sundhedsaftalerne og dels fremsat ønske om mere tid til at revidere sundhedsaftalerne. Regionen har ligeledes afholdt møde med Sundhedsstyrelsen, hvor dette synspunkt blev understreget. Andre regioner og kommuner har også henvendt sig til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har meddelt, at de reviderede sundhedsaftaler skal indsendes den 1. oktober 2008 i stedet for den 1. april 2008.

Region Midtjylland har udtrykt overfor Sundhedsstyrelsen, at der bør være mulighed for at indgå sundhedsaftaler ud fra et værdigrundlag. Sundhedsstyrelsen har nu tilkendegivet, at den tilslutter sig denne opfattelse.

Kommunerne og Regionalt Sundhedssamarbejde udarbejder i fællesskab en tidsplan for arbejdet, der forelægges Sundhedskoordinationsudvalget den 10. september 2007. I september 2008 forventes sundhedsaftalerne klar til politisk godkendelse.

Regionalt Sundhedssamarbejde har kontaktet Sundhedsstyrelsen for at få et svar på henvendelsen. Svaret er vedlagt.

#### **Beslutning**

Eva Sejersdal Knudsen redegjorde for processen med Sundhedsstyrelsen.

Orienteringen blev taget til efterretning.

#### **4. Udkast til strategiplan for revision og udvikling af sundhedsaftalerne i Region Midtjylland.**

##### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget godkender strategiplanen og nedsættelse af temagrupper til revision og udvikling af sundhedsaftalerne.

##### Sagsfremstilling

De indgående sundhedsaftaler i Region Midtjylland blev den 26. maj godkendt af Sundhedsstyrelsen under forudsætning af der inden 1. oktober 2008 fremsendes reviderede sundhedsaftaler, hvor en række krav skal være opfyldte. Derudover blev der på møderne med kommunerne ved de bilaterale forhandlinger udtrykt ønsker om indgåelse af sundhedsaftaler på børneområdet og kronikerområdet.

Der foreligger nu udkast til en strategiplan for revision og udvikling af sundhedsaftalerne i regionen. Planen eftersendes.

Sundhedsstyrelsens bemærkninger er både generelle og specifikke. De er udarbejdet en oversigt over Sundhedsstyrelsens specifikke bemærkninger, som eftersendes.

De generelle bemærkninger vedrører patient- og borgerinformation, sikring af koordination og styring af kapacitet og opfølgning af sundhedsaftalerne. Plan for dette arbejde udarbejdes af Regionalt Sundhedssamarbejde med efterfølgende drøftelse og godkendelse i kontaktudvalget for Sundhedsstyrergruppen.

De specifikke bemærkninger, som omfatter den generelle sundhedsaftale med de 6 indsatsområder foreslås, at revisionsarbejdet foregår i 5 temagrupper som ved udarbejdelsen af 1. udgave af de generelle sundhedsaftaler, - dog med reduceret antal deltagere, både fra kommunerne, hospitalsenhederne og psykiatrien.

Derudover er der forslag til både forbedring og udvikling af sundhedsaftalerne, idet der er behov for en revurdering af varslingsfristerne ved udskrivelse og udarbejdelse af en fælles forståelsesramme for begrebet "færdigbehandlet på sygehus" samt en redigering af sundhedsaftalerne til et fælles letanvendeligt arbejds- og samarbejdsredskab for sundhedspersonale i primær og sekundær sektor.

Desuden foreslås etableret to nye temagrupper, der får til opgave at udarbejde udkast til sundhedsaftaler for svangre, børn og unge og for borgere med kroniske lidelser.

Til næste møde i Sundhedskoordinationsudvalget foreligger der en beslutningsplan samt kommissorier med oversigt over gruppesammensætningerne.

Til orientering afholder Sundhedsstyrelsen en konference om sundhedsaftalerne den 2. november 2007 i København.



## **Beslutning**

Eva Sejersdal Knudsen præsenterede strategien for revision og udvikling af sundhedsaftalerne i Region Midtjylland, herunder tilbuddet om møde mellem repræsentanter for sundhedskoordinationsudvalget og kommunale repræsentanter fra klyngerne.

Strategien blev godkendt.

## **5. Den mellemkommunale organisering på sundhedsområdet**

### Indstilling

- at den mellemkommunale organisering af sundhedsområdet i Midtjylland godkendes. (Notat vedlagt).

### Sagsfremstilling

1. generation af sundhedsaftalerne er nu afsluttet, og næste fase forestår efter behandlingen i Sundhedsstyrelsen.

Som aftalt på sidste møde i Den administrative Styregruppe, er der udarbejdet et forslag til Den mellemkommunale organisering af sundhedsområdet i Region Midtjylland. Forslaget er udarbejdet i samarbejde mellem kommunerne og Regionen.

### **Beslutning**

Jonna Holm Pedersen gennemgik forslaget til organiseringen. Der blev spurgt til mulighederne for et forum for drøftelse af problemstillinger mellem almen praksis og kommuner. Det nye kontaktudvalg kunne være stedet, hvor sådanne drøftelser tages.

./.

Forslaget blev godkendt. Benyttede oversigter vedlægges referatet.

## **6. Orientering om status for akutplanen i Region Midtjylland**

### Indstilling

- at Underudvalget tager orienteringen til efterretning

### Sagsfremstilling

Administrationens forslag til akutplan for Region Midtjylland blev offentliggjort d. 16. maj og blev af Regionsrådet d. 20. juni sendt i høring.

Akutplanen er sendt bredt i høring i perioden 20. juni - 14. september 2007.

D. 28. august har Region Midtjylland modtaget ca. 40 hørings svar. Hørings svarene lægges løbende på hjemmesiden [www.rm.dk](http://www.rm.dk) under Fremtidens Sundhedsvæsen, Akutdebatten, Akutplan i høring.

Som en del af høringsprocessen afholdes 4 borgermøder i Region Midtjylland. Borgermøderne afholdes således:

23. august i Silkeborg, Jysk Musik- og Teaterhus, Papirfabrikken 80

27. august i Horsens, Horsens Ny Teater, Teatertorvet 1

28. august i Skive, Kulturcenter Limfjord, Skyttevej 12

30. august i Holstebro, Musikteatret Holstebro, Den Røde Plads 16

Alle møder er kl. 18.30 – 21.00.

Den 24. oktober skal forslaget til akutplanen inklusiv hørings svarene endelig politisk behandles af Regionsrådet.

Vedlagt er folderen "Akutplan for Region Midtjylland – kort fortalt".

### **Beslutning**

Johannes Flensted-Jensen redegjorde for processen for akutplanen: Den 27. september præsenteres det politisk drøftede forslag ved en offentlig høring i Viborg.

Den 14. september lægges regionens reviderede præhospitalsplan på hjemmesiden.

Orienteringen blev taget til efterretning.

## 7. Strukturudvikling i almen praksis

### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter parternes muligheder og barrierer i forhold til at understøtte almen praksis' strukturudvikling

### Sagsfremstilling

Almen praksis er en helt central aktør og hovedhjørnesteen i det danske sundhedsvæsen. Almen praksis tilbyder borgerne sundhedsydelser i nærmiljøet, og er i overvejende grad borgerens indgang til det øvrige sundhedsvæsen.

Samtidigt med at almen praksis fortløbende skal tilpasse sig stigende efterspørgsel som følge af demografisk udvikling, opgaveglidning, kronikerindsats m.m. formuleres der samtidigt ønsker, forventninger og krav til udvikling i - og af - almen praksis.

Ønsker, forventninger og krav, som kan sammenfattes under hovedoverskrifterne:

- God sammenhæng mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen
- God kvalitet i almen praksis
- God service i almen praksis
- Effektiv ressourceanvendelse i almen praksis

Samtidigt med dette efterspørgsels- og forventningspres må det konstateres, at almen praksis står over for en meget stor rekrutterings- og fastholdelsesudfordring.

For nuværende er det ca. 2% af kapaciteten i almen praksis, som i Region Midtjylland er ubesat. Det er vanskeligt præcist at skønne udviklingen heri, idet blandt andet de praktiserende lægers tilbagetrækningsalder er helt afgørende for problemets omfang. Lykkes det at hæve tilbagetrækningsalderen fra de nuværende skønnede 62 år til 65 år vil den ubesatte kapacitet stige til 4% i et femårigt tidsinterval. Forudsættes det, at lægerne som i dag i gennemsnit trækker sig tilbage som 62-årige vil den ubesatte kapacitet i 2011 være ca. 17% svarende til at mere end hver 6. borger i regionen ikke inden for de nuværende overenskomstmæssige rammer vil kunne tilbydes læge.

Skal almen praksis løfte disse store udfordringer vil det være afgørende, at almen praksis undergår en strukturudvikling i retning af flerlægepraksis. Ved flerlægepraksis forstås lægeenheder, hvor flere læger har et samarbejde på samme adresse. Omfanget af samarbejdet er op til de enkelte læger. Afgørende er, at der skabes et fagligt fællesskab og en faglig sparring.

Det skyldes, at strukturudviklingen er en forudsætning for øget rekruttering af unge læger til almen praksis, idet yngre generationer af læger er mindre tilbøjelige til at ville arbejde som sololæge og mere tilbøjelige til at søge kollegialt fællesskab da det understøtter faglig udvikling og muliggør mere frihed.

Endvidere er strukturudviklingen en forudsætning for at almen praksis som sektor kan løfte efterspørgsels- og forventningspresset. I en situation med betydelig mangel på lægelig arbejdskraft vil det være afgørende, at der inden for rammerne af den enkelte praksis er sikret opgaveglidning til andre faggrupper, således at den praktiserende læge i så høj grad som muligt varetager lægeligt og kun lægeligt arbejde. Endvidere er det vurderingen at en flerlægepraksis giver mulighed for en vis specialisering og arbejdsdeling mellem de praktiserende læger med deraf følgende kvalitets- og rationaliseringsmulighed.

Blandt de kendte barrierer for, at den enkelte praksis indgår i en strukturudviklingsproces kan nævnes følgende:

- Den enkelte praktiserende læge kan have økonomisk incitament til at blive i nuværende praksis frem for at flytte til flerlægepraksis, idet selve flytningen vil være en omkostning, som i lyset af de kommende års lægemangel ikke må forventes at kunne afskrives via salg af praksis.
- Binding til nuværende lokaler
  - o Økonomisk binding, hvis praksis selv har investeret i nuværende bygninger og investeringen ikke kan realiseres ved salg / udlejning til andet formål
  - o Juridisk binding er blandt andet kendt, hvor praksis er bundet af langsigtede private erhvervslejemål
- Mangel på alternative lokaler. Det kan være et problem at skaffe velegnede lokale til ikke mindst store flerlægepraksis. Det er ikke mindst et kendt fænomen i større bysamfund.
- Personlige forhold lægerne imellem kan i nogle sammenhænge være helt legitime barrierer for at indgå i flerlægesamarbejde.
- Opfattelse af lægerolle, hvor et ideal om den traditionelle familielæge i solopraksis kan være en barriere

Samarbejdsudvalget i Region Midtjylland har i forhold til rekrutterings- og fastholdelsesproblematikken på almen læge området nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet et udkast til plan for rekruttering og fastholdelse. Udkastet forelægges Samarbejdsudvalget på det næste møde den 3. september 2007.

Det skal i den sammenhæng understreges, at det jævnfør lovgivningen er en regionsforpligtigelse at sikre befolkningen dækning af praktiserende læger. Samtidigt kan de øvrige parter på området dog spille en aktiv og medhjælpende rolle.

I forhold til den tidligere nævnte problemstilling vedr. de lokalemæssige hindringer for strukturudvikling og rekruttering/fastholdelse i øvrigt peges der i udkastet til planen på, at almen praksis, kommunerne og regionen har en fælles interesse i at afhjælpe problemet. Dette kan ske ved at facilitere lokaleanskaffelse både praktisk og økonomisk.

Det skal endvidere bemærkes i forhold til kommunernes mulige rolle i forhold til særligt rekruttering af unge praktiserende læger til udkantsområder, at det i udkastet til rekrutterings- og fastholdelsesplanen peges på samarbejde om ægtefællejob og

tilvejebringelse af børnepasningsmuligheder er vigtige parametre for, hvor den unge læge vælger at nedsætte sig.

Sagen har været drøftet på det seneste møde i den administrative styregruppe. Her blev der blandt andet peget på, at problemstillingen bør tages op i klyngerne. Det kan eventuelt ske i forlængelse af at den endelige plan for rekruttering / fastholdelse foreligger.

### **Beslutning**

Det er behov for kommunalt samarbejde for at få hele regionen lægepraksisdækket. Opgaven *er* regionens, men kommunerne kan være med i de lokale løsninger.

Orienteringen blev taget til efterretning.

## 8. Afrapportering vedr. genoptræning

Indstilling:

- at Sundhedskoordinationsudvalget tager afrapporteringen fra arbejdsgruppen vedr. genoptræning til efterretning, idet der iværksættes en dybdegående analyse af genoptræningsområdet i DSI-regi

Sagsfremstilling:

Kontaktudvalget har på sit møde den 2. marts 2007 bedt om en udredning af genoptræningsområdet i Region Midtjylland. Der blev nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne, de faglige organisationer, DSI og Region Midtjyllands administration til at foretage udredningen.

I vedlagte rapport præsenteres denne udredning.

I rapporten analyseres genoptræningsaktiviteten for borgerne i Region Midtjylland i perioden 1. januar 2007 til 31. maj 2007.

Rapportens konklusioner skal tages med forbehold, da der endnu er mange usikkerheder på genoptræningsområdet.

Usikkerhederne bunder i, at den nye opgavefordeling kun har fungeret i ca. et halvt år med det, det indebærer af nye registreringspraksis hos et stort antal medarbejdere både i region og kommuner. Rapporten konstaterer således, at der er store uforklarlige variationer i data og, at data derfor ikke vurderes at være fuldt ud retvisende. Data, som indgår i rapporten, vedrører som udgangspunkt perioden 1. januar 2007 til 31. maj 2007.

Arbejdsgruppen har således valgt ikke at inddrage data fra juni og juli måned, da data fra disse måneder ikke er færdigregistreret. Data for kommunernes egenaktivitet er dog medtaget for perioden 1. januar - 6. august.

De store variationer i data lægger op til nærmere analyse af forskellige problemstillinger på området. Pga. den begrænsede tidsperiode, arbejdsgruppen har haft til at foretage udredningen i, må arbejdsgruppen henvise disse dybdegående analyser til den analyse, som det er aftalt, at DSI skal foretage det kommende år.

### Rapportens hovedkonklusioner:

Samlet set vurderede Region Midtjylland i 2006, at kommunerne ville få en udgift til ambulant genoptræning på 21,3 mio. kr. DUT-beregningerne estimerede udgiften til 99,1 mio. kr. De faktiske aktivitetstal peger på en forventet udgift for kommunerne på 88-120 mio. kr.

Sammenligner man Region Midtjyllands forventning til den kommunale medfinansiering til genoptræning under indlæggelse ses det, at Region Midtjylland anslog en kommunal medfinansiering på 122,7 mio. kr. De faktiske tal for kommunernes medfinansiering viser en estimeret udgift på 42 mio. kr. til genoptræning under indlæggelse. Til sammenligning kan oplyses, at DUT-beregningerne estimerede udgiften til 68,3 mio. kr.

Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner viser en fordobling fra 2006 til 2007. Det er vigtigt at bemærke, at stigningen i antallet af genoptræningsplaner ikke kan tages til udtryk for en tilsvarende stigning i den samlede genoptræningsaktivitet, da patienterne før 2007 også havde krav på genoptræning uanset, om de modtog en genoptræningsplan eller ej.

En gennemgang af de genoptræningsplaner, kommunerne rent faktisk har modtaget, viser, at der ikke er overensstemmelse mellem de regninger, kommunerne modtager fra regionen på specialiseret ambulante genoptræning, og de genoptræningsplaner for specialiseret ambulante genoptræning, som kommunerne modtager fra regionen.

DUT-beregningerne estimerede en samlet udgift til genoptræningsområdet på 196,7 mio. kr., svarende til en kommunal udgift på 167,4 mio. kr. Det var forudsat i DUT, at langt hovedparten af genoptræningsopgaven skal løses i kommunalt regi.

I forsøget på at estimere udgifterne til genoptræning i 2007 er det væsentligt at bemærke, at der fortsat er en væsentlig andel af formentlig især den ambulante genoptræning, som ikke er afregnet. Hertil kommer, at udgifterne til praktiserende fysioterapeuter via aftale mellem kommunerne og de praktiserende fysioterapeuter slet ikke er medtaget, idet kommunerne ikke har data for denne aktivitet.

Det er således ikke muligt at foretage nogle håndfaste konklusioner på baggrund af rapportens data.

Arbejdsgruppen har vurderet, om midlerne tildelt kommunerne i DUT-aftalen kan dække de forventede udgifter til området. På baggrund af den store usikkerhed, der knytter sig til vurderingen af især den ambulante genoptræning, er det imidlertid usikkert at konkludere dette på nuværende tidspunkt.

### **Beslutning**

Taget til efterretning.



## 9. Motion på recept

### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter sagen
- at tilbud om fysisk aktivitet, herunder *Motion på recept*, indgår som et tema i revisionen af sundhedsaftalen vedr. forebyggelse og sundhedsfremme i Region Midtjylland

### Sagsfremstilling

Samarbejdsudvalget på fysioterapeutområdet i Region Midtjylland har på mødet den 18. juni 2007 drøftet status i forhold til *Motion på recept*. Samarbejdsudvalget anmoder i forlængelse heraf, i brev af 10. august 2007, Sundhedskoordinationsudvalget om at drøfte en række problemstillinger vedr. *Motion på recept*.

Samarbejdsudvalget efterspørger en vurdering af evidensen vedr. *Motion på recept*, ligesom at det ønskes afklaret om varetagelsen af opgaven ligger i regionalt eller kommunalt regi. Det påpeges desuden, at en del af Region Midtjylland (tidligere Ringkøbing Amt) for nuværende har aftaler med fysioterapeuter og kiropraktorer vedr. *Motion på recept*. Disse aftaler fortsætter indtil andet aftales med Region Midtjylland.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2004 et litteraturstudie om *Motion på recept*. Gennemgangen viste, at man ikke kan forvente markante forbedringer af det fysiske aktivitetsniveau hos størsteparten af de patienter, der henvises til *Motion på recept*. Studiet viste også, at der ikke findes en bestemt måde at tilrettelægge den fysiske aktivitet på. Der har siden 2004 været gennemført større og mindre projekter om *Motion på recept* forskellige steder i Danmark. En netværksgruppe med praktikere fra hele landet har afholdt en to-dages workshop om erfaringer med arbejdet med *Motion på recept* og udgiver i efteråret 2007 deres bud på en række opmærksomhedspunkter og anbefalinger. Syddansk Universitet er ansvarlig for yderligere to sammenfatninger af resultater fra forskellige projekter om *Motion på recept*. Disse rapporter forventes færdige ved årsskiftet 2007/2008, hvorefter Sundhedsstyrelsen vil samle resultater og anbefalinger i en fælles publikation, som forventes udgivet foråret 2008. Publikationen kan give et godt afsæt for de fortsatte overvejelser og beslutninger i Region Midtjylland.

Region Nordjylland har i 2006 anmodet Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at vurdere, hvorvidt *Motion på recept* er en kommunal eller regional opgave, efter den nye sundhedslovs ikrafttrædelse 1. januar 2007. Ministeriet skriver i sit svarbrev af 15. juni 2007 til Region Nordjylland, at *Motion på recept* som udgangspunkt er en kommunal opgave, men at *Motion på recept* i særlige tilfælde kan tilrettelægges og finansieres som en regional opgave. Administrationen anbefaler derfor, at *Motion på recept* indgår som et tema i revisionen af sundhedsaftalen vedr. forebyggelse og sundhedsfremme i Region Midtjylland.

### Bilag

Brev af 15. juni 2007 fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til Region Nordjylland vedr. motion på recept (kopi sendt til Region Midtjylland 24. august 2007 fra Danske Regioner)

Brev af 10. august 2007 fra Samarbejdsudvalget på fysioterapeutområdet

Brev af 24. august 2007 fra Danske Fysioterapeuter Region Midtjylland

### **Beslutning**

Sundhedskoordinationsudvalget afventer Sundhedsstyrelsens endelige vurdering, der forventes i foråret 2008, inden der tages stilling. Indtil da fortsætter eksisterende ordninger.

## **10. Bachelor- og kandidatuddannelse i folkesundhedsvidenskab**

### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler etableringen af uddannelsen

### Sagsfremstilling

Aarhus Universitet forventes i 2008 at udbyde en bachelor- og kandidatuddannelse i folkesundhedsvidenskab.

Bacheloruddannelsen strækker sig over 3 år og den omhandler uddannelse i befolkningens sundhed, herunder hvordan levevilkår og adfærd påvirker sundheden. Desuden omhandler uddannelsen indsatser, der har til formål at forbedre sundhedstilstanden, folkesundhedsvidenskabelig teori og metode herunder, hvorledes der etableres grundlag for administrative og politiske beslutningsprocesser.



Side 19

Kandidatuddannelsen sigter mod mere specialiserede kundskaber indenfor folkesundhedsvidenskab samt at gøre kandidaterne i stand til at anvende videregående elementer af folkevidenskabelig teori og metode.

Manglen på folkesundhedsprofessionelle begrænser mulighederne for udvikling af relevante og videnskabeligt baserede forebyggende og sundhedsfremmende programmer. Denne problemstilling er fremtrædende i alle niveauer af offentlig forvaltning.

Sundhedsuddannelser – herunder de mest udbredte sundhedsuddannelser, lægeuddannelsen og uddannelsen til sygeplejerske – indeholder i sig selv kun i meget begrænset omfang folkesundhedsvidenskabelige elementer. Samfundsvidenskabelige kandidater – statskundskabskandidater, økonomer, sociologer, psykologer, og andre - er uddannede som generalister, bl.a. i offentlig planlægning og administration, men ikke i sundheds- og sygdomslære eller i befolkningens sundhed, i forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering, eller i sundhedsvæsenets særlige organisation, ledelse og økonomi.

Forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering lader sig således gennemgående ikke professionelt basere på professioner med en traditionel sundheds- eller samfundsvidenskabelig uddannelse.

Dette er baggrund for etablering af en bachelor- og kandidatuddannelse i folkesundhedsvidenskab.

Kandidater i folkesundhed skal varetage en række forskelligartede opgaver og funktioner vedr. sundhedsplanlægning, sundhedsadministration og sagsbehandling samt analyse, udvikling, planlægning, ledelse, rådgivning, undervisning og forskning i relation til befolkningens sundhed. Stillingerne vil som oftest være knyttet til sundhedsvæsenet, socialvæsenet og miljøområdet, til forskning og anden systematisk dokumentation og uddannelse.

Folkesundhedskandidaterne skal fungere som brobyggere mellem sundhedsfaglige og samfunds-faglige opgaver. Kandidaterne skal

kunne evaluere, prioritere og iværksætte projekter og andre indsatser, gerne med mindre træk på de dyre offentlige sundheds- og socialydelser. Dette kræver viden og kompetencer på tværs af traditionelle akademiske fag og viden og færdigheder vedr. praksis, administration, ledelse, planlægning, evaluering og forskning.

En folkesundhedskandidat skal således:

- Planlægge, iværksætte, lede og evaluere programmer og strategier i sundhedsvæsenet og socialvæsenet, specielt programmer til forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering;
- Indsamle, kombinere og videreudvikle viden, så den kan udgøre et relevant grundlag for beslutningstagning, herunder organisere medicinsk teknologivurdering (MTV) og vurdere resultater heraf;
- Være forskningsmetodologisk solidt funderet og iværksætte og analysere data fra egne systematiske undersøgelser og fra de mange tilgængelige registre.

Københavns Universitet og Syddansk Universitet udbyder i dag en tilsvarende uddannelse. Det er imidlertid også behov for en bacheloruddannelse i folkesundhedsvidenskab i Århus, da det har vist sig at de færdiguddannede bachelorer og kandidater fortrinsvis får job i Østdanmark.

### **Beslutning**

Sundhedskoordinationsudvalget anbefaler etableringen.

## 11. Status for hjælpemiddelområdet

### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget godkender nedsættelsen af et Samarbejdsforum mellem kommuner og region på hjælpemiddelområdet

### Sagsfremstilling

Sundhedsaftalen mellem kommuner og region på hjælpemiddelområdet blev grundlæggende udformet i efteråret 2006. I december besluttede Indenrigs- og Sundhedsministeriet – imod anbefalinger fra såvel Kommunernes Landsforening som Danske Regioner - at udsende et nyt cirkulære om afgrænsningen af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet. KL og DR vurderede, at det nye cirkulære er upræcist og ikke afhjælper de tolkningsvanskeligheder om ansvarsfordelingen m.v. mellem kommuner og region, som det gamle cirkulære medførte.

Det nye afgrænsningscirkulære trådte i kraft den 1. januar 2007. Implementeringen af cirkulæret er endnu ikke gennemført. En række kommuner og regioner har i foråret fremsendt en række spørgsmål til Indenrigs- og Sundhedsministeriet med ønske om afklaring af cirkulærets indhold, herunder især afklaring af genoptræningsområdet. Region Midtjylland har i foråret løbende drøftet hjælpemiddelområdet med de øvrige regioner, og der har været en løbende dialog mellem KL og DR. Det må vurderes, at ministeriet i vid udstrækning ønsker konkrete tvivlsspørgsmål om afgrænsningscirkulæret løst lokalt, idet sundhedsaftalen mellem kommuner og region skal benyttes som et instrument hertil. Det vedlagte svar fra ministeriet til Ålborg Kommune illustrerer dette.

I Region Syddanmark har kommuner og region i fællesskab forsøgt at finde løsninger på de uafklarede spørgsmål gennem en række cases. Processen i Syd er ved at være færdig. Det kunne således være en vej frem at stille sig på skuldrene at de resultater, som denne proces afstedkommer. Region Midtjylland vil indhente materialet fra Region Syddanmark, når det er færdigt.

Sundhedsaftalen om hjælpemiddelområdet indeholder, at der skal nedsættes et samarbejdsforum mellem kommuner og region, blandt andet med det formål at sikre et forum for løsning af uklarheder vedrørende arbejdsdelingen. Det foreslås derfor, at Region Midtjylland tager initiativ til at nedsætte samarbejdsforummet i løbet af september måned. Samarbejdsforummet vil senere kunne udgøre den temagruppe vedrørende hjælpemiddelområdet, som vil skulle nedsættes i forbindelse med den af Sundhedsstyrelsen ønskede revidering af sundhedsaftalen.

En intern regional hjælpemiddelgruppe i Region Midtjylland regional har udarbejdet et antal cases. Disse cases påtænkes eventuelt at indgå i Samarbejdsforummets arbejde, og suppleres med yderligere cases fra kommunerne og Region Syddanmark. Det kan oplyses, at der som en udløber af sundhedsaftalen pågår konkrete overvejelser om, hvorvidt det er muligt lokalt at etablere fælles hjælpemiddeldepoter mellem kommuner og region (hospitaller).

Den administrative styregruppe godkendte på styregruppens møde den 22. august 2007 nedsættelsen af et Samarbejdsforum på området.

**Beslutning**

Jens Bejer Damgaard redegjorde for problemstillingerne, og nævnte de overvejelser i der i øjeblikket gøres i enkelte klynger om at etablere fælles hjælpemiddeldepoter.

Orienteringen blev taget til efterretning.

## 12. Orientering om status på høreapparatområdet

### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen om status på høreapparatområdet til efterretning

### Sagsfremstilling

Sundhedskoordinationsudvalget behandlede på udvalgets møde den 8. maj 2007 et udkast til samarbejdsmodel mellem kommuner og region på høreapparatområdet.

I henhold til den sociale lovgivning skal kommunerne drage omsorg for borgere med nedsat hørelse. Kommunerne overtog med virkning fra den 1. januar 2007 ansvaret for at yde borgere vederlagsfrie høreapparater, samt administrere tilskudsordningen med udlevering af høreapparater via de private høreapparatleverandører, fra de gamle amter. Ansvaret for bevilling og finansiering af høreapparater er således nu kommunernes, idet den vederlagsfrie høreapparatbehandling på de regionale høreklinikker fortsat er omfattet af sundhedsloven og dermed hjemmehørende i regionerne.

Der blev i januar 2007 nedsat en arbejdsgruppe med kommunal og regional repræsentation til at udarbejde et udkast til samarbejdsmodel vedrørende relationen mellem kommunerne (bevilling og finansiering af høreapparater udleveret på de regionale høreklinikker) og regionen (høreklinikkerne). Kapacitetsplanlægning m.v. vedrørende de regionale høreklinikker udgør alene et regionalt anliggende, mens tilskudsordningen vedrørende de private høreapparatleverandører alene udgør et kommunalt ansvarsområde.

Arbejdsgruppens udkast til samarbejdsmodel definerer som mål for samarbejdet mellem kommuner og region at sikre det gode patientforløb, en effektiv og smidig sagsgang, samt størst mulig åbenhed og samarbejde mellem parterne. Udkastet indeholder en (foreløbig) beskrivelse af sagsgangen mellem kommunerne og høreklinikkerne på de enkelte trin i patientforløbet, og opstiller en (foreløbig) betalingsmodel for kommunerne af høreapparatudgifterne. Århus Kommune har fremsendt en række spørgsmål til Socialministeriet med ønske om afklaring. I henvendelsen indgår der blandt andet spørgsmål vedrørende kommunernes betalingsforpligtelser, ligesom ministeriet forelægges det forhold, at selve kravet om en kommunal bevillingsproces indebærer, at den almindelige (ikke akutte) hørepatient vil opleve en forlænget ventetid (antageligt på mellem 1 – og 2 uger) fra der konstateres behov for høreapparat på høreklinikken, til høreapparatet kan udleveres til patienten på høreapparatet. Ministeriet er dertil forespurgt om muligheden for udlevering af høreapparater til akutte patienter, alene med en efterfølgende kommunal bevillingskontrol. Der foreligger endnu ikke nogen besvarelse fra ministeriet.

Sundhedskoordinationsudvalget konstaterede på den baggrund en usikkerhed på området, grundet et uklart regelsæt. Udvalget besluttede derfor på udvalgets møde den 8. maj at følge det videre arbejde med at etablere et samarbejde. Der påregnes fremlagt en orientering om status på området på udvalgets møde den 10. september, samt et opdateret samarbejdsgrundlag på udvalgets møde den 14. november.

Som en del af samarbejdet mellem kommuner og region er der nu nedsat et Samarbejdsorgan med repræsentation fra Århus, Silkeborg, Randers, Odder, Herning og Viborg kommuner, samt regional repræsentation fra høreklinikkerne og sundhedsstaben.

Samarbejdsorganet har generelt til formål at følge og evaluere samarbejdet mellem kommuner og region. Samarbejdsorganet skal nu påbegynde sit arbejde, og afholdt sit første møde den 26. juni mens næste møde afholdes den 29. august.

Samarbejdsorganet skal i løbet af efteråret udarbejde en tids- og handleplan for implementeringen af samarbejdet mellem kommuner og region, og dertil deltage i en evaluering af betalingsmodellen med henblik på at sikre en retvisende opkrævning af kommunerne. Det er forhåbningen, at Socialministeriet snarest afklarer de fremsatte spørgsmål, således at der kan kastes lys over en række gråzoner på området.

Samarbejdsorganet har fastsat den 1. januar 2008 som skæringsdato for, hvornår sagsgangen vedrørende de regionale høreklunikkers fremsendelse af ansøgning om bevilling af høreapparater til kommunerne, og kommunernes fremsendelse af bevillingsskrivelser til borgerne / høreklunikkerne, gerne skulle fungere. Sagsgangen forsøges etableret allerede med virkning fra den 1. oktober som en "indkøringsperiode".

Samarbejdsorganet er derfor nu gået i gang med at udvikle en "håndbog" for denne sagsgang til anvendelse af alle kommuner og alle høreklunikker. Samarbejdsorganet finder det dertil relevant i første omgang at fokusere på en definition af akutte hørepatienter, samt en afklaring af området vedrørende erstatningsapparater / genbrugsapparater.

Den administrative styregruppe tog på styregruppens møde den 22. august 2007 orienteringen om status på høreapparatområdet til efterretning.

I sammenhæng med Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 8. maj 2007 blev der rejst spørgsmål om, hvorfor et typisk patientforløb med henblik på høreapparatbehandling på Høreklunikken i Holstebro består af 4 besøg mod typisk 3 besøg på de audilogiske afdelinger. Høreklunikken har udarbejdet den vedlagte redegørelse. Af redegørelsen fremgår, at Høreklunikken med denne organisering ønsker at sikre en kort ventetid for patienten og ingen spildtid på klunikken. Selve organiseringen har ingen økonomisk betydning for hverken kommuner eller region.

### **Beslutning**

Jens Bejer Damgaard orienterede om arbejdet, herunder de overvejelser om indførelse af ordning for genbrugsapparater.

Orienteringen blev taget til efterretning.



### **13. Overdragelse af fysioterapiområdet til kommunerne**

#### Indstilling

- at sagen tages til orientering

#### Sagsfremstilling

Fysioterapien, som praktiseres på den offentlige sygesikring, er inddelt i 4 specialer. Offentligt tilskud til fysioterapeutiskbehandling kræver, at patienten har en skriftlig lægehenvielse.

Den almene fysioterapi (speciale 51) har delvis brugerbetaling, idet sygesikringen og patienten hver betaler en andel. Den vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) er behandling af varigt svært fysisk handicappede. Denne behandling betales fuldt ud af sygesikringen. De sidste to specialer er ridefysioterapi (speciale 57) samt vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65). Inden for disse specialer er patientgruppen ofte blinde, bevægelseshæmmede eller har anden form for handicap. Her gælder det ligeledes, at ridefysioterapi betales delvist af sygesikringen og af patienten, mens den vederlagsfri fysioterapi betales fuldt ud af sygesikringen.

Den 2. april 2007 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendt en pressemeddelelse, hvori det oplyses, at regeringen og Danske Folkeparti er blevet enige om at omstrukturere den vederlagsfri fysioterapi. Herved skal myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi lægges ud til kommunerne fra den 1. januar 2008.

I starten af juni 2007 er Region Midtjylland samt resten af regionerne blevet inddraget i processen. Dette er sket ved at Danske Regioner kontakter regionerne, da de efterspørger afklaring af hvor mange ressourcer regionerne bruger til administration af fysioterapien. Oplysningerne har Danske Regioner brugt i en arbejdsgruppe nedsat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der er blevet hørt i forbindelse med udarbejdelsen af et lovudkast, som skal fremsættes i efterårets Folketingssamling. I forbindelse med Danske Regioners forespørgsel oplyses det, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvejer at lægge myndighedsansvaret for fysioterapien – både den almene og den vederlagsfri – over til kommunerne pr. 1. januar 2008, således at den almene fysioterapi fortsat udføres af praktiserende fysioterapeuter, mens den vederlagsfri også kan foregå i kommunale træningscentre (sundhedscentre) med ansatte fysioterapeuter.

Lovudkastet skal medio august 2007 sendes i høring.

På baggrund heraf kunne det for Region Midtjylland være interessant at høre, om kommunerne eventuelt kunne have interesse i, at Region Midtjylland tager initiativ til at starte en proces med henblik på at gøre kommunerne klar til helt eller delvist (afhængig af hvad der fra centralt hold besluttet) at overtage myndighedsansvaret for fysioterapien.

Sagen har også været drøftet på Administrativt Styregruppemøde, hvor det blev besluttet at afvente lovudkastet.

#### **Beslutning**

Taget til efterretning.

#### **14. Ny aftale vedr. den regionale specialtandpleje**

##### Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget godkender den nye aftaleramme

##### Sagsfremstilling

I aftalerammen for 2007 om kommunernes benyttelse af den regionale specialtandpleje indgår, at et forhandlingsudvalg med repræsentation for kommuner og region skal udarbejde et forslag til en ny takststruktur / aftaleramme gældende for 2008 og frem. Kommunerne udpegede i foråret repræsentanter fra Struer, Herning, Silkeborg, Århus og Viborg kommuner til at deltage i forhandlingsudvalget.

Den regionale specialtandpleje leverer et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende eller psykisk udviklingshæmmede personer, der ikke kan benytte almindelige kommunale tandplejetilbud. Ansvar for og finansieringen af området overgik pr. 1. januar 2007 fra amterne til kommunerne, idet regionen har til opgave at varetage den kommunale forsyningsikkerhed.

Specialtandplejen er etableret som en organisatorisk enhed tilknyttet Regionshospitalet i Viborg med 4 klinikenheder placeret på hospitalerne i Odder, Randers, Holstebro og Viborg. Specialtandplejen indgår i et samarbejde med alle 19 kommuner i regionen, og har dertil et samarbejde med Thisted Kommune, Mariagerfjord Kommune (om borgere på institutionen Sødysbakke), Vesthimmerlands Kommune (om borgere i den gamle Aalestrup-del) og Morsø Kommune (om behandling af akutte patienter). Specialtandplejen varetager samlet behandling vedrørende cirka 2.000 borgere, herunder 175 forløb i generel anæstesi vedrørende behandlingsangste børn. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har med ny bekendtgørelse af juli 2007 nu skabt det formelle grundlag for kommunernes aftaleindgåelse med specialtandplejen om behandling af disse børn.

Den nuværende takststruktur / aftaleramme for specialtandplejen indeholder en kommunal betaling af basisydelse på 0,9 kr. pr. indbygger i kommunen, en takst pr. bestilt behandlingsplads, en takst pr. bestilt diagnostisk udredning eller speciel enkeltbehandling, samt en takst henholdsvis pr. bestilt behandling i generel anæstesi for børn og for voksne. Der opkræves dertil særskilt for udgifter til akut nødbehandling, tandteknik og tolkebistand. Et kommunalt merforbrug opkræves beregnet med 100 % af taksterne, mens et mindreforbrug (dog ikke behandlinger i generel anæstesi) tilbagebetales beregnet med 50 % af taksterne, i det følgende forbrugsår. Det indgår, at et over- eller underskud udover 5 % af specialtandplejens samlede driftsgrundlag efterreguleres i taksterne to år efter. I forbrugsåret er der således en høj grad af budgetsikkerhed for såvel kommuner som specialtandpleje.

Kommunerne har gennem forhandlingsudvalget fremsat ønske om en indregning af basisydelsen i de øvrige takster, om en afregning efter faktisk behandlingstid i stedet for den nuværende afregning efter antal bestilte behandlingspladser, samt om en anden model for afregning af merforbrug / mindreforbrug. Disse ønsker er imødekommet med den nye aftaleramme (vedlagt).

Den nye aftaleramme indeholder, at specialtandplejens nuværende takster / opkrævninger afløses af blot 3 takster; en anæstesitakst

vedrørende børn, en anæsthesitakst vedrørende voksne, samt en takst pr. halve time vedrørende al øvrig behandling. Den nye aftaleramme indeholder dertil, at al opkrævning af kommunerne sker løbende med 100 % takster i forhold til kommunernes faktiske forbrug i forbrugsåret, idet en kommune kan opkræves for sin forholdsmæssige andel af en eventuel uforbrugt behandlingskapacitet (det vil sige den samlede kapacitet som kommunerne har bedt specialtandplejen opbygge, men eventuelt ikke udnytter). Det indgår i aftalerammen, at al overskud og underskud ved funktionen tilbageføres til kommunerne gennem henholdsvis en nedregulering eller opregulering af næste års takster.

Den nye aftaleramme vil være gældende for alle samarbejdskommuner, idet der vil skulle være en dialog med kommunerne uden for regionen om deres overgang til den nye ramme. Den administrative styregruppe tog den nye aftaleramme til efterretning på styregruppens møde den 22. august 2007.

### **Beslutning**

Godkendt.

### **15. Eventuelt**

Intet.