

Til Sundhedskoordinationsudvalget

Regionshuset

Viborg

Regionalt Sundhedssamarbejde

Skottenborg 26

DK-8800 Viborg

Tel. +45 8728 5000

www.regionmidtjylland.dk

Referat af møde i Sundhedskoordinationsudvalget

Mandag den 12. marts 2007.

Til stede:

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

Afbud:

Ulla Diderichsen, Region Midtjylland

Administrative repræsentanter:

Sundhedsdirektør Ulla Kusk, Holstebro Kommune

Sundhedschef Jakob Gaarde Madsen, Århus Kommune

Konsulent Jonna Holm Pedersen, KKR

Afbud:

Direktør Jens Peter Hegelund Jensen, Silkeborg Kommune

Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Sundhedsplanlægning, Region
Midtjylland

Afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen, Regionalt
Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Afbud:

Direktør Leif Vestergaard Pedersen, Sundhedsstaben, Region
Midtjylland

midt
regionmidtjylland

Dato 14.03.2007

Jens Bejer Damgaard

Tel. +45 8728 4670

Jens.damgaard@stab.rm.dk

Sagsnr. 1-00-17-06

Side 1

1. Godkendelse af referat fra mødet den 15. november 2006.

Referatet blev godkendt.

2. Konstituering af Sundhedskoordinationsudvalget

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget vælger formand og næstformand for udvalget.

Sagsfremstilling

Sundhedsloven fastlægger, at regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen skal nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg, der skal beskæftige sig med den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Det fremgår af bekendtgørelsen vedr. om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at Sundhedskoordinationsudvalget vælger sin formand blandt regionsrådets repræsentanter i udvalget.

Af referatet fra det første møde i det midlertidige Sundhedsudvalg den 17. maj 2006 fremgår det, at Bent Hansen blev udpeget som formand for det midlertidige sundhedskoordinationsudvalg og Hans Jørgen Hørning blev udpeget som næstformand.

Beslutning:

Johannes Flensted-Jensen blev valgt som formand.
Hans Jørgen Hørning blev valgt som næstformand.

3. Udkast til forretningsorden

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget godkender udkast til forretningsorden

Sagsfremstilling

Det er hensigten, at sundhedskoordinationsudvalget tilrettelægger arbejdet ud fra hensyn til lokale og regionale forhold. Sundhedskoordinationsudvalget fastsætter således selv sin forretningsorden. Dog er følgende fastsat i bekendtgørelsens § 2:

- Sundhedskoordinationsudvalget skal som minimum holde fire møder om året.
- Funktionsperioden for udvalgets medlemmer følger den kommunale valgperiode.
- Sundhedskoordinationsudvalget kan nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper. Det kan fx være med henblik på faglig rådgivning, inddragelse af repræsentanter for brugerne eller andre relevante fora.
- Regionen sekretariatsbetjener sundhedskoordinationsudvalget.

Beslutning:

Forretningsordenen blev godkendt med følgende ændringer:

Referater udsendes inden for 8 dage og bliver godkendt i praksis, hvis der ikke er givet indsigelser indenfor 14 dage.

Sundhedskoordinationsudvalget er også:

- Tandlægekoordinationsudvalg.
- Tandlæger bliver repræsenteret ad hoc/hvor det er relevant.
- Beslutningen om, at Sundhedskoordinationsudvalget også er Tandlægekoordinationsudvalg forelægges til Regionsrådets godkendelse.

Til næste møde udarbejdes en arbejdsplan.

4. Sundhedsaftaler – orientering om status, herunder indhold i aftalerne

Side 3

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget drøfter udkast i sundhedsaftalerne, og at aftalerne sendes til orientering i de andre regioner.

Sagsfremstilling

Det følger af "Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" § 3, at sundhedskoordinationsudvalget bl.a. skal:

Stk. 2. følge og drøfte efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

Stk. 5. informerer sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommuner i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Sundhedsloven fastsætter, at Regionsrådet med hver kommunalbestyrelse i Regionen skal indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Som minimum skal aftalerne omfatte:

- Udskrivningsforløb for svage ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsats for mennesker med sindslidelser

Det tillades, at der indgås aftaler på andre områder. Region Midtjylland og kommunerne har aftalt, at der ud over de

obligatoriske områder arbejdes videre med emnerne: 1) Forskning og udvikling, 2) økonomi, og 3) IT/kommunikation.

Med udgangspunkt i den generelle sundhedsaftale har Region Midtjylland (Regionalt sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed og de enkelte hospitaler) ført forhandlinger med kommunerne. Det er sket i to tempi. Først drøftes den generelle sundhedsaftale i det enkelte hospitals regi med kommunerne i optagerområdet og en repræsentant fra praksis. Dernæst foretages de bilaterale forhandlinger mellem den enkelte kommune, hospitalet og Region Midtjylland.

Det er et generelt billede, at den kommunale medfinansiering har fyldt meget i forhandlingerne. Dette fokus har givet anledning til mange fornuftige drøftelser om omkostningsniveauet ved konkrete tilbud. Modsat har fokus på økonomien også medført, at parterne ind imellem mere har drøftet økonomi/finansiering end indhold af aktivitet og kvalitet. Fællesfinansiering har dermed været et vilkår og har haft direkte påvirkning på aftalernes indhold, fx i aftalen med Århus, hvor der sker omlægninger af aktiviteten.



Side 4

1. Indlæggelse

Diskussionerne har været præget af, hvilke tilbud kommunerne har som alternativ til indlæggelse, herunder de aftaler kommunerne har haft med amterne. Det drejer sig eksempelvis om aflastningspladser, shared care teams, vagtberedskab mv.

Region Midtjylland har desuden meddelt, at fællesaftaler, der omhandler opgaver, der efter kommunalreformen er i kommunalt regi, generelt opsiges. Det gælder primært aftaler i det "gamle Århus Amt".

2. Udskrivning

I den generelle sundhedsaftale er der et forslag til fælles varslingsfrister for udskrivninger på tværs af Region Midtjylland. I klyngeforhandlingerne har hospitaler og kommuner ønsket at tilpasse varslingsfristerne til lokale forhold med henblik på mere smidige forløb for patienterne. Region Midtjylland er på den baggrund fremkommet med et tilpasset forslag til ens varslingsfrister.

Det er dog ikke lykkedes i denne omgang at få ens varslingsfrister på tværs af Region Midtjylland. Fordelen ved ens frister ville være, at kommuner der har flere kontaktsygehuse ville få ens varsler for udskrivninger. Konsekvensen bliver derfor, at varslingsfristerne i den generelle aftale anvendes i samarbejdet mellem hospitaler og kommuner uden for hospitalets "optageområde".

Generelt tegner der sig to mønstre. For det første en klassisk hensigtserklæring gående på, hvilke tidspunkter der skal varsles udskrivninger. Kommunerne omkring Regionshospital Silkeborg har en mere værdibaseret tilgang. Varslingsfrister er en meget

væsentlig forudsætning for hensigtsmæssige patientforløb mellem hospitaler og kommuner.

3. *Genoptræning*

Genoptræningsplanerne har fyldt meget i drøftelserne. Det skyldes for det første, at det tager tid for sygehuspersonalet at udfylde genoptræningsplanerne. For det andet kan kommunerne have svært ved at læse/forstå genoptræningsplanerne. Der er gode drøftelser i gang for at overkomme problemerne og det er aftalt, at der nedsættes en arbejdsgruppe til at følge området.

Den IT/kommunikationsgruppe der nedsættes, vil, som noget af det første, se på de elektroniske kommunikationsmuligheder for genoptræningsplanerne.

4. *Hjælpe midler*

Der har været drøftelser i en enkelt klynge om at oprette et fælles hjælpemiddeldepot. Kommunerne omkring Regionshospital Randers er blevet enige om at undersøge mulighederne for oprettelse af et sådant depot.

Meget afhænger af tolkningen af det nye afgrænsningscirkulære, der bestemmer hvilke hjælpemidler/behandlingsredskaber henholdsvis regioner og kommuner skal stille til rådighed for patienterne. Indenrigs- og sundhedsministeriet vil senere komme med præciseringer, der kan klarlægge rollefordelingen mellem regioner og kommuner. Dette er præciseret i alle aftalerne.

5. *Sundhedsfremme og forebyggelse*

Drøftelserne har drejet sig om en kortlægning af de initiativer, der er i gang i kommunerne. Her viser det overordnede billede, at kommunerne er meget opmærksomme på deres nye rolle. En del kommuner kobler deres indsatser til vedtagelsen af en sundhedspolitik, og den vil for de flestes vedkommende blive vedtaget i foråret 2007. Indsatserne ser ud til falde i tråd med den regionale prioritering: Rygning.

Mange kommuner har også konkrete forslag og ønsker på det sundhedsfremmende og forebyggende område. Der er i en række tilfælde givet tilsagn om (iværksætter-) støtte til projekter – typisk i perioder på to eller tre år. Herefter evalueres projekterne med henblik på at gå over i en driftsfase. I det vedlagte notat kan man orientere sig – kommune for kommune – hvilke projekter der er tale om.

Endvidere lægger mange kommuner op til at etablere patientundervisning for borgere med kronisk sygdom. Der er eksempelvis kommunal opbakning til at indgå i det 3 årige pilotprojekt omkring patientundervisning på baggrund af lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af regionen. Tilsvarende har kommunen omkring Randersklyngen været positive i at indgå i patient- og sundhedsskolen, der benytter principperne fra Grenå.

6. *Borgere med sindslidelser.*

Status for drøftelserne på det psykiatriske sundhedsområde:
Det har været et fælles udgangspunkt for arbejdet med sundhedsaftaler på psykiatriområdet, at det hidtidige tætte samarbejde mellem kommuner og Amt på psykiatriområdet videreføres, at der med aftalerne findes en ny og værdibaseret fælles platform for samarbejdet, og at der arbejdes videre med fælles udviklingstemaer dels i det lokale samarbejde og dels i forbindelse med en kommende psykiatriplan for Region Midtjylland.

Der har på psykiatridistrikternes møder med kommunerne været enighed om, at den generelle sundhedsaftale på voksenpsykiatriområdet tiltrædes som bilateral sundhedsaftale. Enkelte kommuner har ønsket mindre tilføjelser og præciseringer, som er blevet indarbejdet. Da det er aftalt, at der i nærmeste fremtid vil blive sat særligt fokus på samarbejdet omkring børne- og ungdomspsykiatriske patienter (jvf. rammeaftalen på det sociale område), er delaftalen om børne- og ungdomspsykiatri i den generelle sundhedsaftale indstillet tiltrådt som bilateral sundhedsaftale, og der har ikke været afholdt særskilte møder herom. Med delaftalen fastlægges de nærmere procedurer i forbindelse med henvisning, undersøgelse, behandling og udskrivning af børne- og ungdomspsykiatriske patienter gældende for hele regionen.

Der er i forbindelse med de bilaterale møder mellem kommunerne og de 3 psykiatridistrikter indgået aftaler om de fremtidige mødefora mellem kommunerne på voksenpsykiatriområdet, ligesom der med flere kommuner er aftalt en række temaer, som skal tages op i det videre samarbejde. Kommunerne er sideløbende med arbejdet med sundhedsaftalerne inviteret til at deltage i arbejdet med fælles temaer i forbindelse med den kommende psykiatriplan for Region Midtjylland. Sundhedsaftalerne ligger op til at en række konkrete temaer tages op i denne forbindelse. Det gælder bl.a. områderne forebyggelse og sundhedsfremme, misbrugspsykiatri, oligofreni, gerontopsykiatri og ikke mindst samspillet mellem det kommunale social- og undervisningsområde og børne- og ungdomspsykiatrien. Sundhedsaftalerne vil senere blive revideret på baggrund af psykiatriplanen.

Tilføjelser til den generelle sundhedsaftale

De emner, der er enighed om i klyngen tilføjes den generelle sundhedsaftale. Da der er seks klynger i Region Midtjylland fremkommer seks klyngeaftaler, der hver i sær repræsenterer, hvad man lokalt er blevet enige om.

Med udgangspunkt i klyngeresultatet føres herefter de direkte forhandlinger med hver enkelt kommune. Deltagerkredsen ved disse møder er kommunen, Region Midtjylland (Regionalt

sundhedssamarbejde, repræsentanter for hospitalsledelserne og Center for Folkesundhed).

Resultatet af disse møder bliver udkast til bilaterale aftaler mellem den enkelte kommune og Region Midtjylland. På den måde bliver de seks klyngeaftaler til udkast til 19 bilaterale aftaler.

Den politiske proces

De bilaterale aftaler skal vedtages af de respektive kommunalbestyrelser og samlet af Regionsrådet. Marts måned er afsat til den politiske godkendelsesprocedure. For Region Midtjyllands vedkommende betyder det først behandling i underudvalget den 14. marts, dernæst i forretningsudvalget den 20. marts og til sidst i Regionsrådet den 28. marts 2007.

Dog gælder, at Norddjurs og Samsø kommuner ikke kan nå at få sundhedsaftalerne behandlet i marts måned, hvorfor de indsendes til Sundhedsstyrelsen med forbehold for disse to kommunalbestyrelses endelige godkendelse.

Inden 1. april 2007 sendes aftalerne til Sundhedsstyrelsen.

Om bilaget

Notatet beskriver de ændringer, der er foretaget i den generelle aftale - kommunen for kommune og punkt for punkt.

Beslutning:

Vedttaget som indstillet.

5. Forslag til forbedring af samarbejdet mellem kommunerne og Region Midtjylland mht. økonomiske problemstillinger

Indstilling

- at sundhedskoordinationsvalget drøfter forslagene til bedre koordinering

Sagsfremstilling

Fra Margrethe Bogner har vi modtaget dette punkt.

Et væsentligt element i strukturreformen er, at kommunerne skal være medfinansierende af sundhedsudgifterne i regionen - kommunerne skal betale omkring 25 % af udgifterne. Modellen betyder, at der på mange områder opstår en økonomisk afhængighed mellem kommune og region. Det betyder, at når en af parterne (kommune eller region) gennemfører forskellige tiltag, kan det få (økonomiske) konsekvenser for den anden part. Denne økonomiske afhængighed er ny for både region og kommune og det er en afhængighed der gør, at det er nødvendigt med udvikling af nye samarbejdsformer. Tidligere var der ikke den direkte økonomiske afhængighed mellem

kommune og region og derved var det lettere at gennemskue de økonomiske konsekvenser.

Der er allerede opstået flere eksempler på denne problemstilling. Det er i den forbindelse væsentligt at gøre opmærksom på, at der ikke har været symmetri i disse eksempler. Der har i høj grad været tale om regionale tiltag, som har økonomiske konsekvenser for kommunerne.

Som eksempler på dette kan nævnes:

Takststyringsmodellen, hvor Region Midtjylland - uden at inddrage kommunerne - har besluttet at indføre en takststyringsmodel der betyder forventede merudgifter på 32 mio. kr. for kommunerne.

Forbedret indsats overfor kroniske patienter, hvor det på mødet i den administrative styregruppe på sundhedsområdet den 31. januar 2007 blev drøftet, om man skulle forbedre indsatsen ved at lade en større del af behandlingen foregå i bl.a. kommunerne. Men det var ikke beskrevet i sagsfremstillingen, om der skulle flyttes ressourcer til kommunerne til at varetage denne opgave, eller hvad de kommunaløkonomiske konsekvenser i øvrigt måtte være.

Genoptræningsopgaven. På dette område har der også været usikkerhed på hvor stor en opgave som kommunerne skal overtage. Regionen har udmeldt i deres budget, at kommunerne kun kan forvente, at overtage en meget mindre andel af opgaverne end der var lagt op til i DUT-aftalen.

I sundhedsaftale regi er der i Temagruppen om økonomi fastlagt procedurer for, hvorledes samarbejdet kan fungere. Her er bl.a. fastlagt, at der udveksles udmeldinger om det kommende års budget i maj måned og der er endvidere planlagt møder i juni og august mhp. koordinering i forhold til bl.a. budget, økonomiaftale og størrelsen af grundbidraget. Ovennævnte eksempler illustrerer dog, at det ikke er lykkedes at etablere et ligeværdigt samarbejde. Kommunerne har reelt ikke haft mulighed for at komme med bemærkninger til takststyringsmodellen, og i forhold til kronikerindsatsen mangler der overvejelser om de økonomiske konsekvenser for kommunerne.

Forslag til drøftelse.

Kommunerne mener på baggrund af ovenstående, at der er behov for en drøftelse af, hvorledes der sikres et mere ligeværdigt samarbejde i forhold til de økonomiske problemstillinger. Hvis der som det fremgår af sundhedsaftalerne mellem kommune og region skal sikres, "at borgere og patienter modtager en indsats, der bygger på et samarbejde mellem de involverede myndigheder" er det nødvendigt med en større opmærksomhed på de økonomiske problemstillinger og på den økonomiske afhængighed, der er mellem kommune og region.

Man kan forestille sig følgende elementer for at sikre en bedre og nødvendig koordinering af de økonomiske konsekvenser af fremtidige indsatser på området

Kommuner/region skal varsle den anden part, hvis der sker ændringer i økonomiske forhold. Varslingen skal ske tids nok til, at de økonomiske konsekvenser kan belyses. Der kan ske en fælles sagsbehandling af de økonomiske konsekvenser for kommune og region - f.eks. via Temagruppen for økonomi

Beslutning:

Forslagene blev drøftet.

Sundhedskoordinationsudvalget ønsker at arbejdet i økonomigruppen intensiveres.

6. Status for genoptræningsområdet

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget drøfter sagen

Sagsfremstilling

Den 1. januar 2007 trådte "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus" samt "Vejledning om træning i kommuner og regioner" i kraft. Den nye lovgivning indebærer blandt andet, at kommunerne varetager den almindelige ambulante genoptræning, mens hospitalerne varetager den specialiserede ambulante genoptræning. Kommunerne finansierer den ambulante genoptræning. Hospitalerne skal udarbejde genoptræningsplaner for alle patienter, som skal modtage ambulante genoptræning.

Det er ikke alle kommuner, der ønsker at overtage genoptræningsopgaverne pr. 1. januar 2007.

Sundhedskoordinationsudvalget har på baggrund heraf på sit møde den 15. november 2006 besluttet, at hospitalerne mod betaling kan udføre genoptræningen for de kommuner, der ikke ønsker at varetage opgaven pr. 1. januar 2007.

I de gamle Århus, Vejle og Ringkjøbing Amter har en del af de almindelige ambulante genoptræningsopgaver været udlagt til privatpraktiserende fysioterapeuter. Region Midtjylland og Danske Fysioterapeuter har indgået aftale om, at de privatpraktiserende fysioterapeuter varetager den almindelige ambulante genoptræning på vegne af hospitalerne for de kommuner, der ikke har overtaget den almindelige ambulante genoptræning pr. 1. januar 2007.

Med henblik på at sikre, at hospitalerne udfylder genoptræningsplanerne korrekt i henhold til lovgivningen, er Terapeuternes Forretningsudvalg i Region Midtjylland ved at udarbejde en retningslinje for, hvordan genoptræningsplanerne udfyldes. Kommunerne og regionen har aftalt, at de laver en gennemgang af et antal genoptræningsplaner.

Regionen og kommunerne nedsætter en temagruppe i april måned vedrørende IT og elektronisk kommunikation. En af temagruppens opgaver vil være at sikre elektronisk kommunikation af genoptræningsplanerne.

Kontaktudvalget besluttede på mødet den 2. marts, at der skal udarbejdes en fælles udredning af genoptræningsområdet mhp. en fremadrettet monitorering af området. DSI inddrages i udredningen

Beslutning:

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede sagen.

7. Præcisering af begreber: Indlagte patienter, ambulante patienter/ydelser, færdigbehandlede patienter samt afregningsmodellen for "åbne indlæggelser"

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget drøfter definitionerne på begreberne indlagte patienter, ambulante patienter/ydelser, færdigbehandlede patienter samt afregningsmodellen for "åbne indlæggelser"

Sagsfremstilling

På det seneste møde i Sundhedskoordinationsudvalget den 15. november 2006 blev den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget.

Sundhedskoordinationsudvalget ønskede at få en række

begreber og modeller præciseret, herunder:

Præcisering af begreberne "indlagte" og "ambulante" patienter/ydelser

Beskrivelse og præcisering af afregningsmodellen for "åbne indlæggelser"

Herudover finder Region Midtjylland det væsentligt at orientere om definitionen af "færdigbehandlede patienter"

Nedenfor bliver begreber og modeller beskrevet

Begreberne "indlagte" og "ambulante" patienter/ydelser

Definition på en "indlagt patient":

I "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" fra 2006 (Sundhedsstyrelsen) er indlagt patient (stationær patient) defineret på side 132:

"Patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads."

Definition af "Ambulante ydelser og patienter"

På side 133 og 134 beskrives ambulante ydelser:

Ambulant patient:

"Patient, der er indskrevet på et ambulatorium."

En patient kan ikke modtage ydelser på en ambulans kontakt samtidigt med, at der er en indlæggelsesperiode for samme sygdom. Alle ydelser givet i indlæggelsesperioden, skal registreres som indlæggelse”.

Ambulant besøg:

”Besøg ifm. ambulans patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret. Hermed menes ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af klinisk personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted. Ambulant besøg omfatter ikke fremmøde på serviceafsnit uden besøg på klinisk stamafsnit(assistance) eller fremmøde på andet klinisk afsnit til assistancydelser. Assistancer registreres som ambulans ydelse uden besøg.”

Ambulant kontakt:

”patientkontakt på et ambulatorium. Indberettede ambulante kontakter kan indeholde ambulante ydelser såvel som besøg.”

Beskrivelse og præcisering af afregningsmodellen for ”åbne indlæggelser”

En åben indlæggelse er en foranstaltning, hvor en borger har et stående tilbud om indlæggelse på hospitalet. Borgeren kan således uden kontakt til egen læge/vagtlæge indlægges direkte på den afdeling, hvor borgeren har en åben indlæggelse.

Tilbuddet gives til begrænsede grupper af enten terminale borgere eller borgere med lidelser. Det kan eksempelvis være borgere med KOL i svær grad.

Enhver indlæggelse af en patient, der har tilbud om ”åben indlæggelse” registreres som en indlæggelse i hospitalerne PAS-systemer, hvorfor kommunerne også bliver opkrævet den relevante DRG-takst for alle indlæggelser.

Definition af begrebet ”færdigbehandlede patienter”

Definitionen på hvornår en patient er færdigbehandlet har været et centralt diskussionsemne i forbindelse med forhandlingerne om sundhedsaftalerne.

Registreringsvejledning. Registrering af færdigbehandlede patienter, december 2006 definerer Sundhedsstyrelsen en færdigbehandlet patient som nedenfor:

”En patient er færdigbehandlet i stationær regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.”

Definitionen skal bruges af hospitalerne til at registrere hvornår de indlagte patienter er færdigbehandlede. Der er således udviklet registreringskoder på baggrund af definitionen.

Beslutning:

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede sagen.

8. Akutområdet – hvad giver Sundhedsstyrelsens rapport anledning til?

Oplæg v. Lars Dahl Pedersen

Beslutning:

Lars Dahl Pedersen gennemgik Regionens foreløbige overvejelser.

Der er følgende milepæle:

27/3: Åben fremlæggelse af arbejdsgruppen arbejde

20/6: Forslag til akutplan sendes i høring

10/9: Sundhedskoordinationsudvalget får lejlighed til at drøfte oplæg til akutberedskab i Region Midtjylland

14/9: Høringsfasen slutter

Okt./Nov.: Forventelig behandling i Regionsrådet

På mødet den 8/5 sættes punktet på til orientering.

9. Etablering af et Koordinationsudvalg på tandområdet

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget godkender sammensætningen af Koordinationsudvalget på tandplejeområdet, og at administrationen iværksætter procedure mhp. udpegning af repræsentanterne til udvalget

Sagsfremstilling:

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal sikre en koordination af den offentlige tandpleje og tandplejen i privat praksis. Der skal til det formål nedsættes et koordinationsudvalg. Området er beskrevet i § 26 i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelser nr. 285 af 4. april 2006 om tandpleje og Sundhedsstyrelsens vejledning af juni 2006 om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje.

Koordinationsudvalget skal nedsættes i et samarbejde mellem regionsrådet, kommunalbestyrelserne og repræsentanter for praksistandplejen. Udvalget kan sammensættes efter lokal aftale, og skal afspejle de forskellige interesser / funktionsområder, der er på tandplejeområdet. Som medlemmer af udvalget peges der i vejledningen på en repræsentation fra region og kommuner af både politikere og ikke-odontologiske embedsmænd, af tandlæger fra offentlig tandpleje og fra praksistandplejen. Udvalget skal udpege et af medlemmerne som koordinator / kontaktperson.

Koordinationsudvalg skal blandt andet sikre en hensigtsmæssig visitation og koordinering mellem den kommunale tandpleje, praksistandplejen og den regionale tandpleje. Udvalget skal sikre etablering af effektive overførelsesprocedurer mellem børne- og ungdomstandplejen og praksistandplejen, og hertil sikre etablering af vagtordninger til ydelse af fornøden tandlægehjælp uden for sædvanlig behandlingstid.

Koordinationsudvalget kan nedsætte samarbejds- / koordinationsorganer til varetagelse af opgaver og koordinering på de enkelte funktionsområder. I vejledningen nævnes der nedsættelsen af samarbejdsudvalg på regionstandplejeområdet, praksisområdet og området vedrørende de kommunale tandplejeordninger (børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen og specialtandplejen).

For Region Midtjylland foreslås det, at Sundhedskoordinationsudvalget også fungerer som koordinationsudvalg for tandplejeområdet. Til støtte for sagsbehandling foreslås nedsat et teknisk-administrativt udvalg.

Der foreslås følgende sammensætning af det teknisk administrative udvalg på tandplejeområdet:

- 1 embedsmand fra kommunerne
- 1 embedsmand fra sundhedsstaben i Region Midtjylland (formand)
- 1 repræsentant (tandlæge) for den kommunale børnetandpleje
- 1 repræsentant (tandlæge) for praksisområdet
- 1 repræsentant (tandlæge) for den regionale specialtandpleje
- 1 repræsentant (tandlæge / kæbekirurg) fra de kæbekirurgiske afdelinger

Det foreslås, at de relevante organer anmodes om at udpege deres repræsentanter. Det foreslås endvidere, at Region Midtjylland stiller sekretærbistand til rådighed for det teknisk-administrative udvalg.

Beslutning:

Godkendt som indstillet.

10. Sundhedsstyrelsens rapport om sundhedsydelse, der sammenligner regionerne

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget drøfter punktet

Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en publikation om befolkningens forbrug af sundhedsydelser. Sundhedsforbruget belyses både på landsplan samt på regionsniveau, hvorfor publikationen giver en indikation af regionale forskelle i forbruget af sundhedsydelser. Notatet "notat om forbruget af sundhedsydelser i Region Midtjylland gennemgår de vigtigste tal med fokus på Region Midtjylland sammenlignet med hele landet og de øvrige regioner.

I 2005 udgjorde den andel af befolkningen, der blev indlagt, 12,1 pct. af den samlede befolkning i Region Midtjylland. Det var den laveste procentdel sammenlignet med de øvrige regioner. Samtidig havde Region Midtjylland den næststørste befolkningsandel med lægeforbrug uden samtidigt brug af andre ydelser fra statistikken. Andelen var 41,1 pct.

En omregning af SST's tal viser, at Region Midtjylland ligger under landsgennemsnittet, når det gælder antal udskrivninger pr. 1000 indbyggere. Det samme gælder for antallet af ambulante besøg pr. 1000 indbyggere, for skadestuebesøg og for besøg hos speciallæge. Til gengæld ligger Region Midtjylland over landsgennemsnittet, når det drejer sig om besøg hos almen læge pr. 1000 indbyggere.

Region Midtjylland ligger også generelt under landsgennemsnittet, når det drejer sig om antallet af sundhedsydelser, som hver person med et forbrug i gennemsnit modtager, fordelt på patientkategorier. Tallene tyder således på, at sundhedsvæsenet i Region Midtjylland fungerer efter "laveste effektive omkostningsniveau" (LEON-princippet). Tallene tyder ikke umiddelbart på, at der er et for højt forbrug af sundhedsydelser i Region Midtjylland.

For patientkategorien indlagte, har hver patient på landsplan i gennemsnit har 1,71 udskrivninger (og dermed indlæggelser), mens gennemsnittet i Region Midtjylland er lidt højere, nemlig 1,73 udskrivninger. En mulig forklaring på det lidt højere antal udskrivninger pr. patient i patientkategorien indlagte kan være, at de indlagte patienter i Region Midtjylland er lidt mere behandlingskrævende end de indlagte patienter set på landsplan.

Når tallene bliver offentliggjort opdelt på kommuner, bliver det muligt at dykke ned i forskellene inden for regionen. Det bliver interessant at se på den lokale variation bag tallene for Region Midtjylland.

Beslutning:

Sundhedskoordinationsudvalget drøftede punktet.

Den gennemsnitlige liggetid tages med, når kommunefordelingen foretages.

11. Orientering om samarbejde med DSI

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

I januar 2007 har DSI-Institut for Sundhedsvæsen etableret et nyt kontor på Olof Palmes Allé i Århus. DSI får her kontor- og servicefællesskab med bl.a. Regionshuset i Århus.

DSI's kontor i Århus vil have særligt fokus på kommunale sundhedsopgaver, sundhedsaftaler og samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektoren.

I den forbindelse arbejdes der på etablering af en samarbejdsaftale, som skal udmønte sig i en række konkret projektopgaver, der har til formål at udvikle samspillet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren, idet der lægges vægt på at projekterne fortrinsvis skal fokusere på problemstillinger på tværs af sektorgrænser.

Region Midtjylland har afsat 1 mio. kr. pr. år i to år til gennemførelse af projekter, idet der også forventes medfinansiering fra kommunerne.

Samarbejdet med DSI har været drøftet i den administrative styregruppe på mødet den 31. januar 2007. På mødet gav repræsentanter fra DSI en præsentation af DSI, og skitserede mulige samarbejdsområder mellem DSI, kommunerne og Region Midtjylland. På mødet blev det aftalt, at repræsentanter for kommunerne drøfter forslag til relevante projekter med DSI.

På det kommende møde i Den administrative styregruppe foretages en prioritering af, hvilke projekter der ønskes iværksat.

Beslutning:

Sundhedskoordinationsudvalget tog orientering til efterretning.

12. Sundhedsprofilen "hvordan har du det" – orientering om opfølgning med kommunerne

Indstilling

- at sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

Kommunerne udviser stor interesse for sundhedsprofilens resultater både som dokumentation af sundhedstilstanden og som grundlag for udarbejdelse af kommunale sundhedspolitikker.

Status er følgende:

- 18 ud af 19 kommuner har modtaget tilbudet om et opfølgende møde på Sundhedsprofilen, og har aftalt et møde med Center for Folkesundhed.
- 12 møder vil være afviklet pr. 12. marts. Det sidste opfølgende møde i kommunerunden er planlagt til den 11. april 2007.
- 4 kommuner har udtrykt ønske om yderligere analyser (Randers, Norddjurs, Herning og Favrskov)

- Center for Folkesundhed afholder en dubleret kursusdag den 12. og 17. april, der handler om lokal formidling af sundhedsprofilens resultater samt ideer til, hvordan man konkret kan omsætte resultaterne i praksis.
- Der oprettes et online-magasin til formidling af nye resultater af fra "Hvordan har du det?". Der udarbejdes endvidere en oversigt/medieplan vedrørende formidling af analyser.

Beslutning:

Sundhedskoordinationsudvalget tog orientering til efterretning.

13. Eventuelt, herunder mødeplan

Mødeplanen blev godkendt.

Herefter er der møde i Sundhedskoordinationsudvalget:

8. maj 2007 kl. 17.30-19.30

10. september 2007 kl. 17.30-19.30

20. november 2007 kl. 17.00-19.00

Venlig hilsen

Jens Bejer Damgaard
Kontorchef