

Til Sundhedskoordinationsudvalget

Hermed inviteres til møde i Sundhedskoordinationsudvalget og Fællesmøde med Sundhedsbrugerrådet.

**Torsdag den 13. november 2008 kl. 17.00-19.00
i Regionshuset Viborg, mødelokale B4 – Limfjordsstuen.**

**Sundhedskoordinationsudvalgets ordinære møde afholdes
kl. 17.00 – 18.00.**

**Herefter følger Fællesmødet med Sundhedsbrugerrådet
kl. 18.00 – 19.00 – Særskilt dagsorden vedlagt.**

Dato 06.11.2008

Eva Sejersdal Knudsen

Tel. +45 8728 4650

Evasejersdal.knudsen@stab.rm.dk

Sagsnr. 1-00-17-06

Side 1

Dagsorden vil også blive sendt i papirform.

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 - Afbud

Aage Koch-Jensen, Region Midtjylland

Anne 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 - Afbud
Direktør Anne Jastrup, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
Vicedirektør Kjeld Martinussen, Sundhedsstaben, Region Midtjylland
Afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen, Regionalt
Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland
Kontorchef Birgitte Holm Andersen, Regionalt Sundhedssamarbejde,
Region Midtjylland
Kontorchef Jens Bejer Damgaard, Regionalt Sundhedssamarbejde,
Region Midtjylland - Afbud



Dagsorden:

Indholdsfortegnelse:

- 1. Opfølgning på Skotlandsturen**
- 2. Ændret organisering på det psykiatriske område og psykiatri-planen**
- 3. Genoptræning**
- 4. Stressprojekt for Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune**
- 5. Status for Regionens økonomiske situation på sundhedsområdet og de afledte virkninger på kommunernes økonomi**
- 6. Ledelsesinformation**
- 7. Drøftelse af fælles målsætninger på IT-området**
- 8. Eventuelt**

1. Opfølgning på Skotlandsturen

Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter studierapporten herunder:
 - en nærmere drøftelse af en mulig anvendelse af måltal i sundhedsaftaleregii
 - en mulig overførsel af erfaringer om inddragelse af frivillige organisationer i arbejdet med at etablere sundhedscentre, herunder den fælles kommunale/regionale sundhedsopgave overfor socialt udsatte borgere

Sagsfremstilling

Region Midtjyllands Sundhedsplanudvalg havde inviteret Sundhedskoordinationsudvalget med på turen til det skotske sundhedsvæsen, der blev foretaget i september måned 2008.



- ./.
- Selve turen og de enkelte arrangementer er beskrevet i "Studietursrapport: Edinburgh, Skotland 9.-12. september 2008". Rapporten er vedlagt.

Side 4

I forhold til Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde falder interessen naturligt på samspillet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis.

Der er flere elementer, der kan trækkes frem fra turen. Det gælder den "esprit de corps" (korpssånd), der synes at gennemsyre hele sundhedsvæsenet og det den anderledes brug af apoteker.

I udvælgelse af emner er der imidlertid to andre emner, der også presser sig på:

- Styring via et *concordat* (aftale)
- Sundhedspartnerskaber og indsats overfor socialt udsatte grupper

Et concordat i det skotske sundhedsvæsen er en aftale indgået mellem regeringen og de lokale myndigheder. Det interessant i den sammenhæng er, at aftalen indeholder forholdsvis præcise måltal. I dansk sammenhæng kender vi (endnu) ikke til måltal for eksempel dele af sundhedsaftalerne. Det skulle ellers ikke være vanskeligt at indgå aftaler om måltal, om end en drøftelse af fordele og ulemper bør gå forud.

I et samspil mellem eksempelvis region og kommuner kan ressourcediskussionen udelukkes. Herefter står målstyring alene. Spørgsmålet er så, om man på den ene side kan forpligtige regionen og (for eksempel dens hospitaler) til at indgå en aftale om at nå et specifikt mål på et specifikt område – og samtidig forpligtige 19 kommuner på den anden side til dels at være enig i det specifikke mål, dels aktivt at bidrage til at måltallet nås.

Det har været tale om, at den specialiserede genoptræning højst måtte udgøre en bestemt del af den samlede genoptræning. Et måltal formuleret med baggrund i en optælling af genoptræningsplaner fordrende specialiseret genoptræning har været nævnt.

Men for det første er andelen af genoptræningsplaner med kryds i "specialiseret" ikke nødvendigvis et godt udtryk for, hvor meget specialiseret genoptræning der udføres – hjertepatienter får *ikke* samme genoptræning som visse knæpatienter. Begge grupper får imidlertid specialiseret genoptræning på baggrund af en "specialiseret" genoptræningsplan. Skal tyngden med kræves ens registreringspraksis på hospitaler og hos kommuner.

For det andet ved ingen, hvor stor en del af genoptræningen der "naturligt" er specialiseret, og *hvis* dette niveau kunne identificeres så ville det samtidig kræve, at alle 19 kommuner i Region Midtjylland samtidig kunne overtage og udføre den genoptræning, der overgår fra specialiseret til almindelig genoptræning.

Samlet lægger det op til en drøftelse af muligheder for dels – måske på kort sigt – at indføre mål for reduktioner af andelen af genoptræningsplaner der foreskriver specialiseret genoptræning, dels – på lidt længere sigt – at indarbejde den genoptræningstungde genoptræningsplaner udløser i målene.

Shifting the balance of care

Indgåelse af lokale partnerskaber mellem NHS/Scotland, lokale myndigheder og praktiserende læger åbnet øjnene for de store sundhedsgevinster, der kan høstes for forholdsvis små midler, hvis der sættes ind på rette niveau (omkostningsmæssigt og geografisk) – på rette tid.

Partnerskabet betyder, at i NHS Forth Valley, der er ved at bygge et nyt akuthospital, *samtidig* udbygger de lokale sundhedstilbud. Det gøres i sundhedscentre i samarbejde med sygesikringsydere, herunder alment praktiserende læger. Den måde sigter man på at opnå to effekter. For det første at indsatsen rettes direkte mod dem, der har behov. Heri indgår indsatsen overfor socialt udsatte borgere. For det andet, at indsatsen tilpasses omkostningsmæssigt.

Et væsentligt element i partnerskaberne er inddragelsen af de frivillige organisationer. Selvom de frivillige organisationer ikke er forpligtiget i samme omfang som de øvrige interessenter, så er deres tilstedeværelse markant, og de bidrager på en helt anden måde end i Danmark, i levering af ydelser fra sundhedscentrene.

2. Ændret organisering på det psykiatriske område og psykiatri-planen

Oplæg ved direktør Anne Jastrup

3. Genoptræning (DSI)

Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen om en ændret tidsplan til efterretning

Sagsfremstilling

DSI er i samarbejde med regionen og kommunerne ved at gennemføre projektet "Analyse af udviklingen efter strukturreformen på det somatiske genoptræningsområde i Region Midtjylland."

Formålet med analysen omfatter to overordnede formål, som specificeret har fem delformål.

De to overordnede formål med projektet er:

- At foretage en eksplorativ undersøgelse af hvilke forhold, der øver indflydelse på de indbyrdes forskelle mellem kommunerne henholdsvis de indbyrdes forskelle mellem hospitalerne mht. aktivitet og tilhørende udgifter (nærmere beskrevet i udredningsrapporten).
- At undersøge om der er sket ændringer i genoptræningsindsatsen (i form af øget aktivitet/ øgede udgifter til genoptræning efter reformens ikrafttræden), og i givet fald dette er tilfældet at belyse mulige grunde hertil.

De fem delformål omfatter jf. udredningsrapporten:

Belysning af og om muligt forklaring på variationen inden for:

1. Omfanget af hospitalernes genoptræningsplaner for specialiseret, ambulant genoptræning versus almindelig, ambulant genoptræning.
2. Den registrerede aktivitet og tilhørende udgift imellem kommunerne og imellem hospitalerne.
3. Den kommunale registrering af egen aktivitet.

Der er endvidere udtrykt ønske om i udredningsrapporten at få en nærmere udredning af:

4. Registreringspraksis på hospitalerne, idet en stor del af hospitalsaktiviteten tilsyneladende ikke registreres korrekt og dermed ikke bliver afregnet. Der vil her blive fokuseret på den ambulante aktivitet, herunder at få yderligere klarhed over hvilke aktiviteter, der grupperes som behandling versus genoptræning.
5. Diskrepansen mellem de genoptræningsplaner kommunerne modtager og den aktivitet, de afregnes for via Sundhedsstyrelsen.

Der var i den oprindelige tidsplan lagt op til at DSI skulle afrapportere ultimo 2008. Bl.a. pga. problemer med at fremskaffe valide data har Sundhedsstyrelsen godkendt, at afrapporteringen først sker i første kvartal 2009.

4. Stressprojekt for Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune

Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter stressprojektet på Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune mhp at vurdere projektets generelle relevans for kommunerne

-

Sagsfremstilling

Hospitalsenheden Vest har indledt et samarbejde med Herning Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og regionen omkring etablering af en stressklinik ved Arbejdsmedicinsk Klinik i Hospitalsenheden Vest.

Det er intentionen at påbegynde et 3-årigt stressbehandlingsprojekt i stressklinikken med det formål at undersøge effekten af en intervention rettet mod sygemeldte erhvervsaktive borgere, der fortsat har tilknytning til konkrete arbejdspladser. Målgruppen er borgere, der er sygemeldte på grund af en dokumenteret arbejdsbetinget tilpasnings- eller belastningsreaktion. Projektperioden er 2009-2011.

Effekten af projektet forventes at være en bedre helbredstilstand og kortere sygefravær for borgere med arbejdsbetinget tilpasnings- og belastningsreaktion i de tre kommuner.

Det er målet at udvikle en model for et samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest og de omkringliggende kommuner, så man via tidlig intervention og behandling kan forebygge langvarigt sygefravær samt udvikle en model for en forebyggende indsats i de enkelte organisationer. Etableringen af stressklinikken skal således ses i sammenhæng med en udbygning af kommunesamarbejdet.

I projektet indgår:

- 120 patienter i en interventionsgruppe med psykologisk individuel terapi på 6 sessioner af 1 times varighed og individuelle arbejdspladsinterventioner
- 120 patienter i en kontrolgruppe A med en lægeundersøgelse af 1 times varighed og en psykologundersøgelse af 2 timers varighed
- 120 patienter i en kontrolgruppe B, som kun deltager i spørgeskemaundersøgelser og ikke kræver kliniske ressourcer.

Det samlede budget for projektet udgør 3.674.160 kr. og dækker de budgetterede udgifter i den 3 års periode, som projektet omkring stressklinikken omfatter.

Finansiering:

Herning Kommune (Bevilget)	450.000 kr.
Ringkøbing-Skjern Kommune (Bevilget)	300.000 kr.
Phd- projekt (Ansøgt AMFF)	1.400.000 kr.
Ansøgt Region Midtjyllands forskningsfond	774.160 kr.
Regional medfinansiering (Bevilget)	750.000 kr.

Total finansiering	3.674.160 kr.
---------------------------	----------------------

Hvis projektet ikke tildeles midler fra AMFF (Arbejdsmiljøforskningsfonden) og/eller Region Midtjyllands Forskningsfond, kan projektet finansieres af den 8 mill. Kr. pulje, der er afsat i budgetforliget til kommunesamarbejde.

- ./.
- Vedlagt er projektbeskrivelsen "Behandling af arbejdsstress - Behandlingsprojekt af sygemeldte med arbejdsbetinget belastnings-stressreaktion i Herning Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune"

5. Status for Regionens økonomiske situation på sundhedsområdet og de afledte virkninger på kommunernes økonomi

Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

Region Midtjyllands økonomiske situation på sundhedsområdet er under et betydeligt pres i både 2008 og 2009.

1. Økonomien i 2008

Den anden økonomirapport viser et forventet merforbrug på knap 175 mio. kroner på hospitalerne under et.

De væsentligste faktorer til dette er

- Realisering af rammebesparelsen på 100 mio. kroner, der er udmeldt lige før sommerferien,
- Overgang fra takst- til rammestyrt. Det er en vanskelig opgave, at stoppe meraktivitet uden "afløbstid".
- Sikring af kræft området, hvor der er betydeligt højere aktivitets- og serviceniveau end de midler regeringen har tilført regionerne. Det er en meget svær opgave at omprioritere til fordel for kræft området.

Budgetproblemerne er således ikke udtryk for stigende aktivitet, men udfordringerne i at realisere ovenstående.

I forhold til den kommunale medfinansiering er en af effekterne af forårets konflikt et betydeligt fald i aktiviteten. Som konsekvens af økonomiaftalen for 2009 gennemføres ikke væsentlige ekstraordinære indsatser i efteråret, for at indhente den tabte aktivitet.

Samlet vurderes på nuværende tidspunkt, at den kommunale medfinansiering er i størrelsesorden 50-100 mio. kroner under det forudsatte.

2. Budget 2009

Regionsrådet vedtog den 24. september Budget 2009 for Region Midtjylland. Budget 2009 er udarbejdet på grundlag af de forudsætninger, som er aftalt i Økonomiaftalen om regionernes økonomi i 2009 mellem regeringen og Danske Regioner. Budget 2009 er præget af et betydeligt økonomisk pres på Sundhedsområdet. Det har således været en forudsætning for balance i økonomien, at der på sundhedsområdet via besparelser, dæmpning af udgiftspreset eller via anden finansiering findes 1.096 mio. kr. udover den aftalte realvækst på 388 mio. kr. i Økonomiaftalen.

For det somatiske område indebærer besparelserne/nedbringelsen af udgiftspreset bl.a.;

- at der skal ske en betydelig omlægning af medicinsk behandling fra stationær til ambulant og i medfør heraf reduceres antallet af medicinske senge Samtidigt sker en omrokering af medicinske senge hospitalerne imellem,
- at der sker en række strukturtilpasninger, herunder en lukning af sengekapaleteten i Odder, Brædstrup og Skive (fraset neurorehabilitering) og en betydelig reduktion i Ringkjøbing.
- at der gennemføres en række servicereduktioner. Det indebærer f.eks., at tilbuddene til gravide reduceres, at der

sker reduktion på hospitalernes socialrådgiverbistand, diætistbistand, laboratoriefunktioner m.v.

- at der iværksættes en række aktiviteter med henblik på hjemtrækninger af behandlinger fra hospitaler i andre regioner.
- at der nedsættes et nyt politisk udvalg med henblik på belysning af konsekvenserne af den markante udvikling af nye medicinske præparater (ny dyr medicin).

Ved indgåelsen af budgetforliget har det været væsentligt at søge opretholdelse af behandlingskapaciteten og sikre højt specialiserede funktioner, hvorfor en række besparelsesforslag vedrørende børneafdelingen, dagkirurgiske funktioner, ortopædkirurgi, fertilitetsbehandling og Center for voldtægts ofre ikke gennemføres som foreslået.

I forhold til kommunerne skal det bemærkes, at der afsættes en pulje til styrket samarbejde med kommunerne – herunder i sær Samsø og Skanderborg kommuner omkring hospital/sundhedscenter - og styrket udgående funktioner fra hospitalerne.

Den kommunale medfinansiering af sundhedsudgifterne er fastlagt til henholdsvis et grundbidrag på 1.175 kr. pr. indbygger (P/L-regulering af 2008-bidrag), i alt 1.461,0 mio. kr., og et aktivitetsbidrag på i alt 2.245,7 mio. kr. svarende til Region Midtjyllands andel af de forudsatte kommunale aktivitetsbidrag i Økonomaftalen for 2009 mellem regeringen og Danske Regioner.

Ved omstillingen af sundhedsområdet jævnfør de vedtagne forslag til besparelser og reduktioner i udgiftspresset arbejdes mod omlægning fra stationær til ambulans behandling og effektivere stationære forløb. Der er endnu ikke foretaget beregninger af effekten på den kommunale medfinansiering, men konsekvenserne monitoreres af økonomigruppen. Sidst i sagsfremstillingen refereres kort fra en ny DSI analyse om sammenhænge mellem hurtigere patientforløb og de kommunale udgifter.

I regionernes aftale med regeringen for 2009 er klart signaleret at den økonomiske budgetoverholdelse går forud for det samlede aktivitetsniveau. Det er en forudsætning som klart indgår det videre arbejde for 2009 og kan således påvirke det samlede aktivitetsniveau. Aftaleforudsætningerne ligger op til en samlet vækst på 3,5%, hvori er indregnet produktivitetskrav på 2,5%.

I forbindelse med Budget 2009 er det endvidere besluttet at rette henvendelse til Velfærdsministeriet med henblik på at fremskynde revurderingen af bloktilskudsfordelingsmodellen, idet Region Midtjylland, er af den opfattelse, at der i den eksisterende bloktilskudsfordelingsmodel er skævheder mellem regionens bloktilskud og sundhedsudgifterne. Den eksisterende fordeling indebærer, at borgerne i regionen skulle efterspørge markant færre sundhedsydelser end landsgennemsnittet og/eller at regionens hospitaler skulle have en markant højere produktivitet end landsgennemsnittet.

3. Virkningen på de kommunale udgifter ved accelererede kirurgiske patientforløb og hurtigere medicinske patientforløb

Som beskrevet ovenfor er et element til nedbringelse af udgiftspresset en omstilling mod hurtigere behandlingsforløb på sygehusene. Dette eksemplificeret ved indførelsen af pakkeforløb på kræft- og hjerteområdet samt ikke mindst omlægningen fra stationær til ambulante behandling af såvel kirurgiske som medicinske patienter.

På denne baggrund benyttes denne orientering omkring Budget 2009 til kort at referere en nyligt offentliggjort analyse fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

DSI har afsøgt eksisterende litteratur, studier mv. med henblik på at afdække eventuelle afledte økonomiske konsekvenser for kommunerne ved hurtige og intensive behandlingsforløb (kirurgiske og medicinske) frem for konventionelle forløb.

Analysens konklusioner er resumeret nedenfor, og konklusioner mv. uddybes nærmere i vedlagte bilag: "Hurtig og effektiv behandling på sygehuse? – har det konsekvenser for kommunerne? (sammenfatning)"

Accelererede patientforløb er et evidensbaseret behandlingskoncept for at nedbringe dødelighed, reducere indlæggelsestid, afkorte rekonvalescens og formindske behovet for genindlæggelse.

Hurtige patientforløb indenfor det medicinske og geriatriske område er ofte båret af organisatoriske forandringer på sygehusene, f.eks. oprettelse af teams til at varetage og koordinere behandling og opfølgning af bestemte patientgrupper. Formålet er ofte at understøtte tidlig udskrivning af specifikke patientgrupper og ældre.

Analysen konkluderer på baggrund af de gennemgåede studier mv.:

- Accelererede kirurgiske patientforløb pålægger ikke kommunerne øgede økonomiske byrder, og hurtige og mere intensive medicinske patientforløb kan tilrettelægges uden at øge behovet for kommunale sundhedsydelser og økonomisk ressourceforbrug.

Generelt viser de gennemgåede studier, at et øget fokus på samarbejde mellem sygehuse og kommuner og et gensidigt godt kendskab til hinandens systemer er vigtige for succes'en med hurtige patientforløb. Dette gælder især omkring tidlig planlægning af udskrivningsforløb for patienter.

6. Ledelsesinformation

Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter sagen

Sagsfremstilling

Kommunerne vil gerne have en løbende belysning (for eksempel hvert kvartal), af hvordan det går med fordelingen af almindelig/specialiseret ambulant genoptræning samt andre nøgletal.

- ./.
- Der vedlægges et eksempel på udkast til ledelsesinformation.

7. Drøftelse af fælles målsætninger på IT-området

Indstilling

- at Sundhedskoordinationsudvalget drøfter sagen

Sagsfremstilling

På Sundhedsstyregruppens møde den 2. oktober 2008 fik gruppen forelagt et udkast til fælles målsætninger på IT-området.

De præsenterede målsætninger blev godkendt og der arbejdes nu med at udarbejde en egentlig strategi for IT-kommunikation. Strategien udarbejdes af Temagruppen for IT-kommunikation og præsenteres senere for Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

8. Eventuelt.

Venlig hilsen

Eva Sejersdal Knudsen
Afdelingschef

