



Dato 21-04-2009

Mads Venø Jessen

Tel. +45 8728 4672

MadsVeno.Jessen@stab.rm.dk

1-01-72-57-08

## Referat

### **Møde i Sundhedsstyregruppen den 15. april 2009.**

Side 1

#### **Dagsorden:**

#### **1. Forslag til vejledende afklaringskatalog på hjælpemiddelområdet i Region Midtjylland**

*- oplæg om afklaringskataloget ved formandskabet for gruppen*

#### Indstilling:

- at Sundhedsstyregruppen drøfter forslag til afklaringskatalog på hjælpemiddelområdet, og anbefaler Sundhedskoordinationsudvalget at godkende afklaringskataloget.

#### Sagsfremstilling:

På mødet i Sundhedsstyregruppen d. 5. februar 2009 blev punktet vedrørende forslag til afklaringskatalog på hjælpemiddelområdet udsat til det næstkommende møde. Det blev besluttet, at udsættelsen skulle benyttes til at sende forslaget til en ekstra kommentering hos relevante sundhedsfaglige personer i kommunerne inden kataloget drøftes i Sundhedsstyregruppen.

De indsendte kommentarer er behandlet på møde i Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet. I vedlagte udgave af afklaringskataloget (version 30. marts 2009) er der så vidt muligt forsøgt taget højde for de indsendte kommentarer.

De indsendte kommentarer kan opdeles i generelle kommentarer og specifikke kommentarer. Af generelle kommentarer kan fremhæves følgende to formuleringer i afklaringskataloget under afsnit 2.3 samarbejdsprincipper, hvor kommunernes forpligtigelse i henhold til lovgrundlaget ikke findes entydig:

- 1) De situationer, hvor borger venter på indkaldelse til forundersøgelse og har behov for hjælpemidler (jf. s. 9 i afklaringskataloget bilag 1).

Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet: Såfremt kommunerne ikke yder støtte til disse hjælpemidler, falder borgeren mellem to stole, da hospitalerne umiddelbart heller ikke er forpligtet til at udlåne hjælpemidlerne. Problemstillingen søges afklaret ved henvendelse til Ministeriet for sundhed og forebyggelse med henblik på en afklaring, som kan indarbejdes i kataloget (jf. bilag 2: Brev til Ministeriet for sundhed og forebyggelse).

- 2) De situationer, hvor borger har et behov for hjælpemidler om led i almindelig ambulante genoptræning, og hvor der samtidig er behov for midlertidige hjælpemidler for at kunne opretholde og eventuelt genvinde de mest nødvendige og basale daglige gøremål i hjemmet (jf. s. 9 i afklaringskataloget bilag 1).

Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet: Hjælpemidler i forbindelse med genoptræning inddeles i to:

- a. Hjælpemidler, som led i den almindelige ambulante genoptræning, og hjælpemidler som led i den specialiserede ambulante genoptræning
- b. Hjælpemidler, som ikke entydigt er som led i genoptræningen, men som patienten har et behov for under genoptræningsforløbet, således at patienten kan opretholde og eventuelt genvinde de mest nødvendige og basale daglige gøremål i hjemmet

Forpligtigelsen i forhold til udlån af hjælpemidler som led i genoptræningen opfattes således i bredere forstand. Der er derfor ikke blot tale om forpligtigelse i forbindelse med den fysiske træning, men også forpligtigelse i et bredere rehabiliterende sigte, som f.eks. at opretholde og eventuelt genvinde de mest nødvendige og basale daglige gøremål i hjemmet.

Denne opfattelse er begrundet i følgende definition fra Vejledningen om træning i kommuner og region:

*Genoptræning efter sundhedsloven og serviceloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. Genoptræningen skal rettes imod patientens funktionsnedsættelse(r), dvs. problemer i kroppens funktioner eller anatomi, samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger (Vejledning om træning i kommuner og region 2006 p. 8/9)*

Problemstillingen søges afklaret ved henvendelse til Ministeriet for sundhed og forebyggelse med henblik på en afklaring, som kan indarbejdes i kataloget (jf. bilag 2: Brev til Ministeriet for sundhed og forebyggelse).

Endvidere kan ønsket om en synliggørelse af omfang og økonomi på de områder, som bliver kommunale opgaver, nævnes.

Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet: En præcis opgørelse over omfang og økonomiske konsekvenser vil desværre være en yderst vanskelig opgave at løse, idet effekten er vanskelig at isolere, da stigninger kan skyldes flere ting, som f.eks.:

1. flere behandlinger og genoptræninger
2. APV-delen
3. at der faktisk er flyttet opgaver til kommunerne

I stedet er det muligt at anskueliggøre, hvilke områder lovgivningen flytter opgaver på, og hvor afklaringskataloget medfører ændringer. Dette søges løst ved udarbejdelse af cases, der illustrerer, hvor ændringerne manifesterer sig.

#### Referat:

./ Formandskabet for den nedsatte arbejdsgruppe orienterede om processen og principperne for afklaringskataloget.

Fra kommunal side blev der udtrykt ønske om at holde igen med implementeringen af afklaringskataloget indtil man har fået en afklaring fra Sundhedsministeriet vedr. midlertidige hjælpemidler og borgernes evt. egenbetaling heraf.

Region Midtjylland ønskede at implementeringen igangsættes på de dele af afklaringskataloget, hvor der ikke er behov at spørge ministeriet.

#### Beslutning:

Sundhedsstyregruppen anbefaler Sundhedskoordinationsudvalget at godkende afklaringskataloget på hjælpemiddelområdet med det forbehold, at to samarbejdsprincipper (afsnit 2.3) først er gældende, når der foreligger en afklaring fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Det drejer sig om følgende to punkter:

- 2.3.3: De situationer, hvor borger venter på indkaldelse til forundersøgelse og har behov for hjælpemidler (jf. s. 9 i afklaringskataloget bilag 1)
- 2.3.5b: De situationer, hvor borger har et behov for hjælpemidler om led i almindelig ambulant genoptræning, og hvor der samtidig er behov for midlertidige hjælpemidler for at kunne opretholde og eventuelt genvinde de mest nødvendige og basale daglige gøremål i hjemmet (jf. s. 9 i afklaringskataloget bilag 1).

Problemstillingerne søges afklaret ved Sundhedskoordinationsudvalgets henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på en afklaring, som kan indarbejdes i kataloget (Henvendelsen til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse omdeles på mødet d. 21. april).

Foruden de nævnte forbehold skal det præciseres i afklaringskataloget, at *Cirkulæret om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet* i nogle situationer lægger op til, at der kan være tale om borgerens egenbetaling.

## **2. Tema: Opfølgende hjemmebesøg i Vest klyngen**

./ - oplæg ved Sundhedschef i Herning Kommune Dorte Eastwood og Projektleder Ulla Katrine Jensen, Herning Kommune, om erfaringerne ved opfølgende hjemmebesøg i Vest. Efterfølgende mulighed for spørgsmål og dialog i gruppen.

#### Referat:

Erfaringerne fra Vest klyngen indikerer, at der er en planlægningsperiode på ca. 1 år før selve implementeringen af opfølgende hjemmebesøg kan iværksættes.

### **3. Udkast til sundhedsaftale om et regionalt tværsektorielt samarbejde på det infektions-hygieniske område, herunder MRSA.**

#### Indstilling:

- at Sundhedsstyregruppen drøfter indholdet og finansieringsmodellen i udkastet til sundhedsaftale.
- at Sundhedsstyregruppen anbefaler over for Sundhedskoordinationsudvalget, at sundhedsaftalen godkendes.

#### Sagsfremstilling:

På Sundhedsstyregruppens møde den 5. februar 2009 blev gruppen orienteret om status for det arbejde, som en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe var i gang med vedr. en sundhedsaftale om samarbejdet om det infektionshygieniske område i Region Midtjylland.

Der foreligger nu et færdigt udkast til en sundhedsaftale om det regionale samarbejde om infektionshygiejne, herunder MRSA (bilag 1). Desuden er der udarbejdet et notat, som uddyber eller begrundet det indholdsmæssige valg i sundhedsaftale, herunder principperne for sundhedsaftalens finansiering (bilag 2).

Sundhedsaftalen består af 3 dele, udpeget ud fra følgende tre hovedindsatsområder:

- Del 1: Infektionshygieniske forebyggelsesforanstaltninger – primær og sekundær sektors samarbejde om forebyggelse af infektioner, herunder MRSA (bilateral aftalestof).
- Del 2: Behandling af patienter med MRSA – primær og sekundær sektors samarbejde ved indlæggelse og udskrivelse af patienter med MRSA (obligatorisk).
- Del 3: Opfølgning ved MRSA- udbrud – primær og sekundær sektors samarbejde om smitteopsporing ved MRSA- udbrud (obligatorisk).

Formålet med sundhedsaftalens del 1 er at klarlægge samarbejdsparternes organisering af hygiejneområdet og at afklare samarbejdsstrukturen for regionens vidensformidling af generelle og specifikke hygieniske forholdsregler til primær sektor samt finansieringen af denne formidling. De væsentligste elementer i denne del af sundhedsaftalen vedrørende anbefalinger til kommunerne er udarbejdelse af en hygiejnepolitik, etablering af en hygiejneorganisation og uddannelse af kommunale hygiejnenøglepersoner (primærsygeplejersker/sundhedsplejersker), der har til opgave at være vidensbærere og – formidler på det infektionshygieniske område i den enkelte kommune. Aftalen omfatter også beskrivelse af kommunernes muligheder for at få specialvejledning ved hjemme-/institutionsbesøg og telefonrådgivning ved regionens hygiejnesygeplejersker.

Formålet med sundhedsaftalens del 2 er at klarlægge ansvars- og opgavefordelingen mellem primær og sekundær sektors indsats ved personer i risiko for MRSA/med MRSA, der indlægges og/eller udskrives fra hospitalet. Denne del bygger på den generelle sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivelse og omfatter kun de specifikke opgaver, som vedrører behandlingen af MRSA. I denne del af sundhedsaftalen indgår også de kommunale hygiejnenøglepersoner, som et vigtigt beredskab i den kommunale behandling af borgere med MRSA.

Formålet med del 3 er at klarlægge ansvars- og opgavefordelingen mellem primær og sekundær sektor ved smitteopsporing af MRSA- udbrud, hvor udbrud er to eller flere tilfælde i samme personkreds, fx på plejehjem, andre institutioner eller persongrupper. Samarbejde om opfølgning i forbindelse med udbrud af MRSA, herunder erkendelse af mistanke er også et væsentligt element i forebyggelse af spredningen af MRSA.

I de dele af sundhedsaftalen, som kræver sektoroverskridende medfinansiering, foreslås, hvor det er muligt, at anvende de eksisterende former for finansiering af sundhedsydelser mellem primær og sekundær sektor, dvs. fra love, bekendtgørelser mm eller lokale regionale aftaler.

Det betyder, at kommunal finansiering af hjemme- og institutionsbesøg med specialrådgivning i sundhedsaftalen bygger på sundhedslovens finansieringsmodel med kommunal medfinansiering af aktivitetsforbruget på hospitals- og praksisområdet. Det vil sige, at kommunerne ved brug af infektionshygiejnisk rådgivning ved hjemme- eller institutionsbesøg medfinansierer denne ydelse som ambulante behandling/ - besøg. Dette er 30 % af DAGS-takst, dog max. 320 kr. pr. besøg.

Den kommunale medfinansiering af telefonrådgivning hos hygiejnesygeplejerskerne kan ikke omfattes af taksten for ambulante behandling/-besøg. Derimod er der kommunal medfinansiering af ydelser hos praktiserende læge, idet der betales 10 % af honorarer. Den praktiserende læges grundhonorar for en telefonkonsultation er 24,84 kr. (2009 P/L). Det foreslås forsøgsvis, at kommunen betaler 500 kr. ekstra i uddannelsesgebyr for hver kommunal hygiejnenøgleperson, kommunen lader uddanne. Dette skal dække telefonrådgivningen. Det vil svare til 5-10 telefonkonsultationer. Forbruget af denne telefonrådgivning skal forsøgsvis registreres og planlægges sammen med den øvrige monitorering.

Den kommunale finansiering ved uddannelse af kommunale hygiejnenøglepersoner foreslås i lighed med kursus- og temadagsaktiviteter som vedrørende faglig vidensformidling og – udvikling mellem hospitaler, kommuner og evt. praksisområdet i forbindelse med sundhedsaftalerne, populært gående under betegnelsen "Fælles skolebænk". Her er der aftalt, at den kommunale kursusdeltagelse er 500 kr. pr. person pr. dag. Andre uddannelses- og kursusaktiviteter, som ikke er omfattet af sundhedsaftalen aftaletekst, skal foregå på sædvanlige vilkår, hvor hospitalerne fastsætter kursussen.

I kvalitetssikringen af det infektionshygiejniske samarbejde foreslås, at sundhedsaftalen monitoreres og evalueres samt at der sikres implementering via klyngerne. Arbejdsgruppen foreslår, at der – med regionen som initiativtager – udarbejdes en plan for disse tre elementer.

Såfremt Sundhedskoordinationsudvalget godkender sundhedsaftalen sendes den til de enkelte kommuner, som herefter meddeler til Regionen, hvilke dele af sundhedsaftalens del 1, som kommunen tilslutter sig, og om hvor mange kommunale hygiejnenøglepersoner, den ønsker uddannet.

Vedlagt:

Bilag 1: Udkast til sundhedsaftale for det regionale samarbejde om infektionshygiejne, herunder MRSA.

Bilag 2: Notat til sundhedsaftale om det regionale samarbejde om infektionshygiejne, herunder MRSA.

Referat:

*Anita Fogh, Regionalt Sundhedssamarbejde, orienterede kort om MRSA-aftalen.*

Fra kommunal side blev der stillet spørgsmål dels til, hvor langt den regionale rådgivningsforpligtigelse i forhold til kommunerne går på hygiejne området, og dels hvordan de økonomiske konsekvenser vil være for kommunen ved indgåelsen af en MRSA-aftale.

Jens Peter Hegelund Jensen, Silkeborg Kommune, spurgte til karakteren af sundhedsaftalen på MRSA-området. Anne Jastrup, foreslog at kalde MRSA-aftalen for en samarbejdsaftale, indtil indgåelsen af næste generations sundhedsaftaler, hvor den vil få karakter af en frivillig sundhedsaftale.

Inge-Lise Katballe, Ikast-Brande Kommune, problematiserede brugen af varslingsfrister i aftalen. Efter Inge-Lises opfattelse, vil man ikke kunne anvende de generelle varslingsfrister på dette område.

Fra hospital ledelsernes side blev det understreget, at aftalen kun omhandler MRSA og ikke hygiejne området som sådan.

Palle Jørgensen, Primær Sundhed, understregede, at det er vigtigt at få de praktiserende lægers input til forslaget.

Sundhedsstyregruppen følger op på aftalen ved mødet den 2. september 2009.

#### Beslutning:

- Forslaget sendes tilbage til arbejdsgruppen med henblik på bl.a. en nærmere præcisering af den regionale rådgivningsforpligtigelse og brugen af varslingsfrister i aftalen
- Temagruppen vedr. Økonomi skal se nærmere på de økonomiske aspekter ved aftalen.
- MRSA-aftalen skal betragtes som en samarbejdsaftale mellem kommune og region. Aftalen kan ved indgåelse af anden generations sundhedsaftaler i 2010 få status af en frivillig sundhedsaftale.

#### **4. Forløbsprogram for muskel-skelet lidelser**

##### Indstilling:

- At Sundhedsstyregruppen drøfter den skitserede plan for en hurtigere udarbejdelse af et forløbsprogram for muskel-skelet lidelser.

##### Sagsfremstilling:

./ Der foreligger et udkast til udmøntningsplan vedr. en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom (vedlagt). Udkastet er forhandlet mellem Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, men er ikke behandlet politisk. Planen kan derfor blive ændret. Udkastet harmonerer i høj grad med planen "Kronisk sygdom: vision og strategi for en bedre indsats", som er vedtaget af Regionsrådet i efteråret 2007, og som Sundhedskoordinationsudvalget sammen med et notat om tanker om kommunernes rolle på et møde i oktober 2007 anbefalede som grundlag for samarbejdet om udviklingen af kronikerindsatsen.

Et vigtigt element i udkastet til udmøntningsplan er, at det foreslås, at midlerne til kommuner og regioner fordeles efter bloktilskudsnøglen.

Udmøntningsplanen peger på en række prioriterede indsatsområder. Et af indsatsområderne er forløbsprogrammer. Som mål for dette indsatsområde er angivet, at der senest ved udgangen af 2011 i alle regioner i samarbejde med kommuner og almen praksis er implementeret forløbsprogrammer for diabetes, muskel- og skeletlidelser, KOL samt hjerte-kar sygdomme.

Der er udarbejdet udkast til forløbsprogrammer for diabetes type 2, KOL og hjerte-kar sygdomme. Disse programmer er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og er på vej gennem den videre politiske beslutningsproces. Men der er endnu ikke udarbejdet et forløbsprogram for muskel-skelet lidelser. Arbejdet med muskel-skelet lidelser vil derfor snarest blive igangsat.

Det har været forholdsvis omfattende og tidskrævende at udarbejde de 3 programmer både sekretariatsmæssigt og med hensyn til møder. For at kunne indfri målene i udmøntningsplanen om implementering også af programmet for muskel-skelet lidelser senest ved udgangen af 2011, er det ønskeligt, at forløbsprogrammet foreligger så hurtigt som muligt. I lyset af dette anbefaler Sundhedsstaben i Region Midtjylland, at vi forsøger en mindre tidskrævende proces og metode til udarbejdelse af programmet.

Nedenfor skitseres de første tanker om en sådan proces:

Organisation:

Formandsskaberne med 3 formænd fra henholdsvis kommuner, almen praksis og hospitaler har været givtigt i processen, og dette ønskes fastholdt.

Derudover foreslås nedsat en mindre, hurtigt arbejdende arbejdsgruppe bestående af fagfolk og klinikere fra de 3 sektorer.

Endelig foreslås nedsat en forløbsprogramgruppe efter samme principper som for de øvrige forløbsprogramgrupper, dvs så de 3 sektorer, klyngerne, hospitalerne og de forskellige faggrupper er repræsenteret.

Proces:

Arbejdet foreslås igangsat ved et møde i forløbsprogramgruppen, hvor indhold og formål med et forløbsprogram præsenteres og diskuteres.

Dernæst udarbejder arbejdsgruppen understøttet af en koordinator fra Sundhedsstaben i tæt samarbejde med formandsskabet et første udkast til forløbsprogram.

Dette forløbsprogram gennemgås kritisk af forløbsprogramgruppen på et 2-dages eller 12-12 seminar. På baggrund af seminarer reviderer arbejdsgruppen udkastet til program, som igen forelægges forløbsprogramgruppen, som forhåbentlig kan godkende programmet, så det kan sendes i faglig høring.

Referat:

Eva Sejersdal Knudsen, Regionalt Sundhedssamarbejde, orienterede kort om igangsættelsen af et nyt forløbsprogram for muskel-skelet lidelser.

Beslutning:

- Sundhedsstyregruppen godkendte den skitserede plan.

## **5. Ny vejledning fra SST til anden generations sundhedsaftaler**

- *Jens Bejer Damgaard, Regionalt Sundhedssamarbejde, orienterer om den nye vejledning.*

Referat:

./.  
Jens Bejer Damgaard orienterede kort om udarbejdelsen af vejledningen til anden generations sundhedsaftaler.

## **6. Orientering (primært skriftligt)**

### **6.1 Forløbsprogrammerne – en status på den økonomiske udredning af hospitalernes aktiviteter**

I forhold til kronikerindsatsen på hospitalerne er det vigtigt, at det kan lade sig gøre at måle på aktiviteten. Dels for at kunne skabe et overblik over, hvorledes implementeringen af

forløbsprogrammerne forløber, dels for at det bliver muligt at trække forskellige data fra hospitalerne, hvis der er behov for det. Pt. registrere hospitalerne i regionen forskelligt.

I forhold til kvalitet og sammenlignelighed er det vigtigt, at kodningen er ens på tværs af hospitalerne. Det vil betyde, at aktiviteten kan sammenlignes på tværs af hospitalerne. Samtidig vil det betyde en mere ensartet afregning med kommunerne af aktiviteten på rehabiliteringsområdet, og at kommunerne kan se, hvad de skal finansiere.

På den baggrund er der behov for at nedsætte en arbejdsgruppe, bestående af terapeuter, repræsentanter fra hospitalerne og Sundhedsstaben, der får til opgave at lave en kodebog for området på samme måde som det er gjort for genoptræningsområdet.

Arbejdet med at udarbejde en kodebog igangsættes snarest muligt, og kodebogen forventes implementeret medio 2009.

For så vidt angår kronisk sygdom har der i Region Midtjylland siden 2007 været en dialog- og aftalebaseret økonomistyring i forhold til patienter med en kronisk aktionsdiagnose. Det betyder, at hospitalerne har fået en samlet ramme til området frem for aktivitetsafhængig tildeling af ressourcer.

For at give hospitalerne økonomisk incitament til at indføre og understøtte en mere hensigtsmæssig organisering af indsatsen på kronikerområdet fastholdes denne rammestyring også efter 1. juli 2009.

## **6.2 Økonomi**

### **Regnskab 2008**

Det udgiftsbaserede regnskabsresultat er på i alt 16.852,5 mio. kr., hvilket svarer til en mindreudgift på 113,9 mio. kr. sammenholdt med det korrigerede budget på 16.966,54 mio. kr.

Regnskabsresultatet fordeler sig med 12.231,6 mio. kr. inden for bevillingsområdet Hospitaler m.v. i alt 4.512,8 mio. kr. inden for bevillingsområdet Sygesikring m.v. i alt og 108,1 mio. kr. til Administration, Sundhed.

Overflyttede udgifter til andel af fællesformål, administration og renter m.v. indgår ikke i ovennævnte tal. Afvigelsen udgør en mindreudgift på 0,67% sammenholdt med budget incl. tillægsbevillinger. Afvigelsen består dog for størstepartens vedkommende af betalingsforskydninger, og er derfor ledsaget af indstillinger om budgetoverflytninger fra 2008 til 2009 af tilsvarende størrelsesorden.

### **Budgetopfølgning 2009**

Den første kvartalsrapport for 2009 (pr. 31. marts 2009) vil blive forelagt Regionsrådet i maj 2009.

## **6.3 Udfordringsretten anvendt ift. Sundhedsaftaler**

Regeringen gennemfører som et element af sit afbureaukratiserings-program en udfordringsret.

Udfordringsretten indebærer, at afdelinger og institutioner kan ansøge om dispensation fra lokale eller statslige regler eller overenskomstregler.

Formålet er at give mulighed for at lempe bestemte krav til og procedureregler for opgavevaretagelsen. Derved skulle det gerne være muligt at lette arbejde, der opleves som tynget af krav og procesregler, hvilket gerne skulle medføre mere tid til kerneydelser og øget arbejdsglæde.

#### Regionalt Sundhedssamarbejde udfordrer kravene til sundhedsaftalernes udformning

Den første generation af sundhedsaftalerne (og arbejdet med at forberede disse) blev præget af de krav, der i bilagene stilles til hvert af de obligatoriske områder af aftalerne.

Kravene til førstegenerationssundhedsaftalerne er meget specifikke og har på nogle områder hindret en lokal vurdering af, hvor og hvordan det er mest hensigtsmæssigt at udarbejde aftaler.

Derudover har de mange og detaljerede krav i bekendtgørelse og vejledning medført, at de færdige sundhedsaftaler er blevet meget omfangsrige og indeholder mange gentagelser. Derved mister sundhedsaftalerne sin værdi som et redskab, der gerne skulle anvendes i praksis.

Sundhedsstyrelsen har (blandt andet på et fælles-regionalt temamøde 29. januar 2009) tilkendegivet lydørhed over for regionernes og kommunernes tilbagemeldinger vedr. detaljeringsgraden af kravene.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe (med deltagelse fra Regionalt Sundhedssamarbejde), som har til opgave at revidere vejledningen.

Imidlertid har Sundhedsstyrelsen tilsyneladende ikke intentioner om at søge selve bekendtgørelsen vedr. sundhedsaftaler ændret.

Derfor ønsker Regionalt Sundhedssamarbejde gennem udfordringsretten at søge dispensation fra de bilag, der indeholder krav til sundhedsaftalernes eksakte indhold.

Målet er at opnå en smidigere proces for forberedelsen af sundhedsaftalerne, hvilket vurderes at medføre øget tilfredshed og mindre frustration undervejs i processen for de mange medarbejdere i regioner og kommuner, der er involveret i arbejdet.

Samtidig vil sundhedsaftaler, der er udarbejdet efter en mindre rigid bekendtgørelse og vejledning, indeholde færre gentagelser.

Det vurderes, at de som et resultat heraf vil udgøre et mere brugbart redskab for sundhedspersonalet og dermed forhåbentlig sikre mere sammenhængende patientforløb.

## **6.4 Orientering om rapport fra det midlertidige udvalg vedrørende ny teknologi og samarbejde med praksissektoren på psykiatriområdet**

Anvendelsen af ny teknologi og samarbejde med praksissektoren er højt prioriterede udviklingsområder i Region Midtjyllands psykiatriplan. På den baggrund nedsatte regionsrådet i februar 2008 et midlertidigt udvalg for perioden 1. april 2008 -31. marts 2009, som fik til opgave at udarbejde et strategioplæg vedrørende anvendelse af ny teknologi i forbindelse med psykiatrisk udredning og behandling samt et oplæg til anbefalede modeller for behandlingspsykiatriens samarbejde med praksissektoren.

Vedlagte rapport indeholder udvalgets overvejelser og anbefalinger indenfor fire områder:

- Behandlingspsykiatriens shared-care samarbejde med praksissektoren samt eventuelle andre aktører
- Anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi i forbindelse med udveksling af viden, information og sundhedsfaglige ydelser over afstand
- Anvendelse af neuropsykiatriske undersøgelses- og behandlingsmetoder
- Kvalitetsudvikling af behandlingen med ECT (Elektro Convulsive Therapy)

Blandt udvalgets anbefalinger skal følgende særligt fremhæves:

### *Shared care:*

- Psykiatrien skal udbygge informationen til de praktiserende læger og de praktiserende speciallæger gennem praksis.dk i løbet af 2009.
- Telefonrådgivningen af de praktiserende læger skal udbygges, og der skal etableres en mailfunktion, hvor praktiserende læger kan rejse spørgsmål til behandlingspsykiatrien.
- Der skal igangsættes forsøgsprojekter om etablering af programbaserede behandlingstilbud, hvor samarbejdet mellem de enkelte aktører i behandlingen fastlægges detaljeret jf. de gode erfaringer med programmet for behandlingsmæssigt samarbejde om patienter med posttraumatisk stress syndrom.
- Der skal udarbejdes patientforløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper i samarbejde med patienterne, de pårørende, almen praksis og kommunerne startende med et patientforløbsprogram for depression, som skal foreligge inden udgangen af 2009 og iværksættes i 2010.

### *Informations- og kommunikationsteknologi:*

- Region Midtjylland skal markere sig nationalt og internationalt i anvendelsen af informations- og kommunikationsteknologi på psykiatri- og socialområdet.
- Der skal inden udgangen af 2009 igangsættes mindst 4 større udviklingsprojekter, der belyser de faglige og økonomiske effekter ved brugen af informations- og kommunikationsteknologi i første omgang med fokus på relationen:
  - behandler – behandler (møder, supervision, undervisning)
  - behandler – patient (udredning, behandling)
  - patient/socialpsykiatriske brugere – pårørende (styrkelse af netværk)
  - behandlingspsykiatri – socialpsykiatri (møder, supervision, konsulentbistand)
  - administration – afdelinger/socialt tilbud (møder)

### *Neuropsykiatri:*

- Der skal udarbejdes og implementeres basale neuropsykiatriske udredningsprogrammer for patientgrupper, hvor mistanke om organiske hjernesygdomme eller komplicerende somatisk sygdom er nærliggende. Som første skridt skal der tilbydes udredningsprogrammer til

mennesker med sen debut af depression samt med debuterende psykose med henblik på implementering inden udgangen af 2010.

- Der skal i 2010 iværksættes en systematisk efteruddannelsesindsats i forhold til behandlingspersonalet for at sikre et højt vidensniveau om basal neuropsykiatrisk udredning og om indikationer for en mere grundig neuropsykiatrisk udredning

#### *ECT-behandling:*

- ECT-behandling skal fortsat varetages i tilknytning til psykiatriens hovedfunktioner, idet det skal sikres, at der til behandlingen er knyttet en fast ECT-ansvarlig psykiatrisk overlæge samt en fast ansvarlig anæstesi overlæge.
- Der skal i 2009-2010 udarbejdes og implementeres et kvalitetsprogram omfattende ECT-instruks, personaleuddannelse samt løbende monitorering for ECT-behandling.

Rapporten behandles i regionsrådet den 29. april 2009 med indstilling om, at udvalgets anbefalinger indgår i det videre arbejde med realiseringen af psykiatriplanen.

Det indstilles endvidere, at udvalgets anbefalinger vedrørende shared care drøftes i samarbejdsudvalget på almen praksisområdet samt i Sundhedskoordinationsudvalget med henblik på at fremme samarbejdet med praksissektoren og kommunerne om anbefalingernes realisering.

Procesplan i forbindelse med orientering af rapport fra udvalget vedrørende ny teknologi og samarbejde med praksissektoren på psykiatriområdet.

30. marts	Afdelingschefmøde, sundhed
30. marts	Kontaktudvalget brugere og pårørende
31. marts	Direktionen
14. april	Forretningsudvalget
15. april	Sundhedsstyregruppen
29. april	Regionsrådet
30. april	Strategisk Sundhedsledelsesforum
18. maj	Sundhedskoordinationsudvalget
16. juni	Samarbejdsudvalget for almen praksis

Bilag: "Rapport fra udvalget vedrørende ny teknologi og samarbejde med praksissektoren på psykiatriområdet"

#### **7. evt.**

