

# **REFERAT Udvalget for Sundhed og Forebyggelse 2018-2021 d. 20-08-2018**

**Mødedato** Mandag d. 20. august 2018 kl. 15:30

**Mødested** Tandplejen Maglebliskolen 15 min. - herefter Udvalgsværelset Rådhuset

## Indholdsfortegnelse

Godkendelse af dagsorden.....	3
Besøg hos Tandplejen på Maglebliskolen.....	4
Orientering om Tele-KOL.....	5
Orientering om Ændringer i sundhedsaftalesystemet.....	8
Orientering om proces for udvikling af udvalgsrådsåtgørelser.....	10
Politisk ledelsesinformation fra familieområdet i Social Service og Familier.....	11
Orientering fra formanden.....	12
Underskriftsark.....	13

## **Punkt 59: Godkendelse af dagsorden**

00.22.00-A00-130-17

### **Beslutning**

Dagsorden godkendt

Fraværende med afbud: Frederik Germann

## **Punkt 60: Besøg hos Tandplejen på Maglebliskolen**

00.22.04-P35-12-18

### **Sagens kerne**

Udvalget starter med besøg på Tandplejen Maglebliskolen ca. 15 minutter, hvorefter mødet fortsætter i Udvalgsværelset på Rådhuset.

Leder af Tandplejen, Mette Nabe-Nielsen vil orientere om tandplejen.

### **Beslutning**

Orienteringen taget til efterretning.

Fraværende med afbud: Frederik Germann

# Punkt 61: Orientering om Tele-KOL

29.00.00-A00-7-18

## Sagens kerne

Regeringen, KL og Danske Regioner indgik i efteråret 2015 en aftale om, at telemedicin skal være et tilbud til alle relevante borgere med KOL over hele landet med udgangen af 2019. Administrationen orienterer Udvalget for Sundhed og Forebyggelse og Udvalget for Ældre og Handicappede om processen for implementering i Halsnæs Kommune.

## Indstilling

Direktionen indstiller, at Udvalget for Sundhed og Forebyggelse og Udvalget for Ældre og Handicappede tager orienteringen til efterretning.

## Beslutningskompetence

Udvalget for Ældre og Handicappede og Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

## Beslutning

Direktionens indstilling taget til efterretning af Udvalget for Ældre og Handicappede.

Direktionens indstilling taget til efterretning af Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

Der er modtaget hørings svar af 18.8.2018 fra Ældrerådet - Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

Der er modtaget hørings svar af 19.8. 2018 fra Ældrerådet - Udvalget for Ældre og Handicappede.

Fraværende med afbud: Frederik Germann

## Sagsfremstilling

KL, Danske Regioner og regeringen blev ved økonomaftaleren for 2016 enige om at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i hele landet senest med udgangen af 2019. Aftalen indebærer, at der i de fem landsdele - det vil sige regioner med tilhørende kommuner – er etableret et tværsektorielt telemedicinsk tilbud, som bliver udbredt til relevante KOL-patienter inden udgangen af 2019.

### Telemedicinsk tilbud / Hjemmemonitorering

Ifølge den seneste Kronikerprofil har 1900 borgere i Halsnæs Kommune diagnosen KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) svarende til 7,4 % af befolkningen. Gennemsnittet i Region Hovedstaden ligger på 4,9 %.

I følge et estimat fra Region H vil der, i en kommune med ca. 31.000 borgere, være ca. 48 borgere med svær KOL. Denne gennemsnitsbetragtning vil for Halsnæs Kommunes vedkommende være et underestimat, da der er ca. 50 % flere borgerne med KOL og dermed vil der også være flere med svær KOL.

Det er således vanskeligt at estimere, men jf. ovenstående, vil et forsigtigt estimatet lande på ca. 60 borgere med svær KOL.

Disse borgere har mange (gen)indlæggelser primært på grund af en stor utryghed ved ikke at kunne få vejret. Det er disse borgere, der i første omgang er målet for den landsækkende løsning med monitorering (overvågning) med en mobil device (tablet) og måleudstyr i hjemmet. Borgeren aflæser sine værdier, som indsendes automatisk til en sygeplejerske, der med fast aftalt interval tjekker værdierne fra borgeren. Borgere kan ved forværing af tilstand eller bekymring over de målte værdier kontakte sygeplejerske i kommunen med KOL-kompetencer og modtage vejledning i anvendelse af medicin og evt. behov for lægebesøg.

### Organisering

Kommuner og regioner står i spidsen for den praktiske gennemførelse af udbredelse af telemedicin til borgere med KOL. For at understøtte vidensdeling og samarbejde om nationale og tværgående projekter er der blevet etableret en fællesoffentlig porteføljestyregruppe.

Porteføljen i udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL består af følgende:

- Fem regionale landsdelsprogrammer – et for hver region med tilhørende kommuner og praktiserende læger.
- En række forudsætnings- og analyseprojekter.

Ud over at sikre gennemsigthed om resultater og fremdrift i udbredelsen udnytter denne organisering synergier på tværs af regioner og kommuner, og erfaringsudveksling understøttes.

For at sikre at der bliver taget højde for lokale forskelle, har hvert landsdelsprogram ansvar for at udbrede telemedicin i de respektive lokalområder, og der er derfor blevet oprettet programstyregrupper på landsdelsniveau. Landsdelsprogrammerne har dog mulighed for at benytte sig af de fora, der allerede eksisterer i forbindelse med sundhedsaftalerne.

Udbredelsen af telemedicin kræver ændringer i den nuværende organisering, og landsdelsprogrammerne står i spidsen for at udvikle nye arbejdsgange. Der skal blandt andet udarbejdes en konkret opgave- og ansvarsfordeling mellem kommune, sygehus og almen praksis.

En fællesoffentlig porteføljestyregruppe med deltagere fra hele landet samler trådene i den landsdækkende udbredelse af telemedicin til borgere med KOL. Porteføljestyregruppen skal fx holde snor i, at viden og best practice deles på tværs af landsdelsprogrammerne. Det er også en del af styregruppens opgave at drøfte og anbefale mulige løsninger, hvis der opstår problemer i de fem landsdelsprogrammer.

Derudover skal porteføljestyregruppen beslutte, om der er behov for nye fælles indsatser eller projekter på tværs af landsdelsprogrammerne. Porteføljestyregruppen skal også igangsætte og drøfte årlige eksterne reviews af arbejdet i landsdelene. På den måde følger porteføljestyregruppen løbende op på de strategiske målsætninger med projektet.

#### Målsætning

KL, Danske Regioner og Regeringen er enige om en række overordnede strategiske målsætninger, som er styrende for både centrale og decentrale aktiviteter i udbredelsen til KOL-patienter, og som skal sikre, at de patientnære og sundhedsøkonomiske effekter realiseres:

- Borgere med KOL oplever med telemedicinsk behandling færre indlæggelser og færre ambulatoriebesøg
- Borgere med KOL, som tilbydes telemedicin, skal opleve øget behandlingskvalitet, mere fleksibilitet og tryghed i hverdagen samt øget sygdomsmestring
- Det skal være nemt for borgere med KOL og relevante medarbejdere at anvende de telemedicinske løsninger.

Formålet med det telemedicinske tilbud er at styrke borgerens tryghed og egenmestring. Den rehabiliterende tankegang er således styrende, og der arbejdes mod, at borgeren selv bliver i stand til at varetage og forstå egne målinger og symptomer og derigennem i højere grad kan tage ansvar for egen sygdom - med støtte fra det sundhedsfaglige personale via telemedicin.

Det sundhedsfaglige grundlag for udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hovedstaden fastsætter rammerne for bl.a. målgruppe, sundhedsfagligt indhold, sundhedsfaglige kompetencekrav samt ansvar og samarbejde på tværs af sektorer, herunder:

- Målgruppen for det telemedicinske tilbud er borgere med meget svær KOL (GOLD gr. D)
- Målinger og registreringer omfatter iltmætning af blodet (saturation), puls, vægt, symptomscore og rejse-sætte-sig-test
- Kommunerne har som udgangspunkt ansvar for monitoreringen. Dog er det i visse tilfælde hospitalet, der varetager monitoreringen
- Behandlingsansvaret ligger enten i almen praksis eller i lungeambulatorierne.
- Identifikation og henvisning af borgere til det telemedicinske tilbud sker i almen praksis og på hospitalerne.

Det sundhedsfaglige grundlag, der tager afsæt i anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, er udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe under landsdelsprogrammet. Det sundhedsfaglige grundlag er tiltrådt af programstyregruppen og Det Sundhedsfaglige Råd i Region Hovedstaden

#### Fælles Udbud af Telemedicin (FUT)

Der er oprettet en organisation, der har ansvaret for at gennemføre de fælles udbud af telemedicinske løsninger på vegne af alle kommuner og regioner. I regi af FUT gennemføres der to udbud. Et udbud af en fælles telemedicinsk infrastruktur og et samlet udbud for telemedicinske løsninger for henholdsvis medarbejdere og borgere.

Tre leverandører er blevet udvalgt til at afgive tilbud på en landsdækkende telemedicinsk infrastruktur. Det endelige udbudsmateriale for udbud vedrørende den telemedicinske infrastruktur er netop udsendt.

I efteråret 2018 bliver der indgået kontrakt med en leverandør om en rammeaftale vedrørende den telemedicinske infrastruktur.

Ud over udbuddet af infrastruktur er de fem regioner og 98 kommuner også gået sammen om udbud af telemedicinske it-løsninger til henholdsvis borgere og medarbejdere. Fem leverandører af medarbejderløsninger og otte leverandører af borgerløsninger blev prækvalificeret til at afgive tilbud på telemedicinske løsninger. Der indgås kontrakter om rammeaftaler for den telemedicinske medarbejderløsning med op til tre leverandører primo september 2018 og med op til fem leverandører af telemedicinske borgerløsning primo 2019.

#### Tidsplan

Af vedhæftede tidsplan fremgår det, at tilbuddet skal i drift fra 1. oktober 2019. I perioden indtil da foregår der et stort arbejde med udvikle og tilpasse en løsning, som fungerer for alle intressenter i tilbuddet.

I Halsnæs Kommune er der for nuværende nedsat en arbejdsgruppe, som udarbejder oplæg til, hvordan den telemedicinske hjemmemonitorering skal organiseres, planlægges og implementeres. Der er dog truffet beslutning om, at driften af tilbuddet vil blive placeret i Hjemmeplejen.

Udvalget vil blive holdt løbende orienteret om tilbuddet.

## **Lov- og plangrundlag**

Økonomiaftale mellem Regeringen og KL  
Sundhedsaftale III

### **Økonomi**

Der er 2 udbud i forbindelse med projektet, der begge varetages af FUT (Fælles Udbud af Telemedicin). Udbud 1 dækker én fælles telemedicinsk infrastruktur, mens udbud 2 er et samlet udbud af både borgerløsninger og medarbejderløsninger til telemedicin. På baggrund af disse udbud vil der blive indgået rammeaftaler med en række leverandører, som kommunerne efterfølgende kan bruge til at indgå købsaftaler på SKI-lignende vilkår.

#### Udbud 1

Finansieringen af infrastrukturen dækkes ved en reduktion af det kommunale bloktilskud, hvor der i Økonomiaftalen for 2018 er afsat 35.000.000 kroner til hele projektet. Heraf udgør kommunernes andel 10.500.000 kroner.

#### Udbud 2

Jf. Økonomiaftale 2018 skal kommunerne afsætte midler i 2019-2020 - til indkøb, implementering og drift. På baggrund af rammeaftalerne skal der anskaffes borger- og personalesystemer, integration til omsorgssystem, service- og logistikløsning og indkøbes udstyr (tablets, måleudstyr, mv.). Desuden vil der være implementeringsomkostninger i form af uddannelse af personale mv. samt ansættelse af en implementeringsleder/projektleder. Efterfølgende vil der være driftsudgifter til understøttelse af systemet og den løbende udskiftning/drift af det indkøbte udstyr i de kommende år.

#### Forventede udgifter

Der er stor usikkerhed om kommunernes andel af anskaffelses- og implementerings-omkostningerne, idet der endnu ikke er indgået aftaler vedr. udviklingen af borger- og personalesystemerne. KL er i gang med at udarbejde et uddybende grundlag / budgetvejledning til støtte for budgetlægning lokalt i kommunerne.

Det er for nuværende for tidligt at give et estimat for konsekvenserne for budget 2019-2022, men der vil komme ekstraudgifter fra 2019, og de efterfølgende år.

## **Bilag**

Overordnet programplan - juni 2018.pptx

Ældrerådets høringsvar af 18.8.18 USF

Ældrerådets høringsvar af 19.8.2018

## Punkt 62: Orientering om ændringer i sundhedsaftalesystemet

29.30.08-A00-9-18

### Sagens kerne

Der orienteres om ændringer i "Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler" og "Vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler". Sundhedsaftalesystemet, som beskrives i disse publikationer ændres løbende, og den aktuelle tilpasning gennemgås i denne sag. Ændringerne træder i kraft juli 2019, når Sundhedsaftale IV afløser Sundhedsaftale III.

### Indstilling

Direktionen indstiller, at Udvalget for Sundhed og Forebyggelse tager orienteringen til efterretning.

### Beslutningskompetence

Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

### Beslutning

Direktionens indstilling taget til efterretning.

Fraværende med afbud: Frederik Germann

### Sagsfremstilling

Sundhedsaftalerne udgør en grundsten i det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet. Formålet med aftalerne er at skabe sammenhæng og sikre koordinering af indsatser i borgernes sygdomsforløb, hvilket går på tværs af regionale sygehuse, kommuner og almen praksis.

Sundhedsaftalerne er en del af et større sundhedsaftalesystem, som omfatter flere organisatoriske niveauer og aktører. Sundhedsstyrelsens vejledning til aftalesystemet giver en uddybende beskrivelse af de forskellige aktørers opgaver og sundhedsaftalernes indhold og rammer. Vejledningens målgruppe er politikere og planlæggere i kommuner, regioner samt almen praksis. Sundhedsaftalen omfatter både det somatiske og det psykiatriske område.

Erfaringer fra de tre tidligere sundhedsaftaler viser, at sundhedsaftalesystemet er for træt, bureaukratisk og uoverskueligt. Eksempelvis indeholder den aktuelle sundhedsaftale 74 overordnede indsatser, som kan udmøntes i endnu flere mål. Aftalerne gælder for fire år ad gangen.

Halsnæs Kommunes Udvalg for Sundhed og Forebyggelse blev til maj-mødet mundtligt præsenteret for sundhedsaftalesystemet, og her var der også enighed om, at aftalesystemet ikke på nuværende tidspunkt er gearret til kommunal politisk opmærksomhed.

Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som består af KL, Danske Regioner og Staten står bag den samlede anbefaling til ændringer i aftalesystemet. Det kommende sundhedsaftalesystem og -aftaler skal forholde sig til, at mange patienter har behov for forskellige indsatser, at flere har samtidige kroniske sygdomme, og at ældre medicinske patienter har forløb, som går på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis. Det betyder at der skal samarbejdes tæt med udgangspunkt i borgerens hele situation og at sundhedsaftalerne må organiseres anderledes, for at give mere plads til lokale, politiske prioriteringer.

I den nye vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler beskrives ændringerne i forhold til den tidligere bekendtgørelse og vejledning.

Ændringer i forhold til tidligere vejledning:

1. Det enkelte sundhedskoordinationsudvalg opstiller fælles, forpligtende målsætninger for sundhedsområdet generelt i egen region og for de områder og/eller målgrupper, som der indgås aftale om. Målsætningerne skal fastlægges med udgangspunkt i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet og de tidligere obligatoriske indsatsområder udgår. Dette betyder øget fleksibilitet og samarbejde om relevante indsatsområder.

2. Vejledningen angiver en ramme for og delelementer i aftaler mellem de tre sektorer med henblik på mere gennemsigtighed og overblik. Der skal blandt andre tages stilling til følgende delelementer i nye aftaler om samarbejde: opgavefordeling, mål, kapacitet, behandlingsansvar, adgang til medicin og udstyr, implementering og økonomi.

3. Vejledningen beskriver opfølgning på og afrapportering af sundhedsaftalen. Sundhedskoordinationsudvalget har pligt til at gøre status på sundhedsaftalens resultater og følge op årligt. Endvidere skal der fremover gøres bedre brug af data og resultaterne skal deles regionerne imellem. Det vil sige, at viden deles på tværs af de fem regioner og de fem sundhedsaftaler.

4. Sundhedsaftalernes gyldighedsperiode er ændret og beskrevet i afsnit. Sundhedsaftalen skal godkendes af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Den skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest den 1. juli i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes andet år af valgperioden. Det vil sige, at Sundhedsaftale IV skal godkendes i juni 2019.

#### Lokalpolitisk indflydelse

Hvordan den lokalpolitiske indflydelse sikres vil tiden vise, når det nye aftalesystem afprøves i praksis.

De vigtigste aktører i sundhedsaftalesystemet er stadig Sundhedskoordinationsudvalget og Den administrative Styregruppe. Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) beslutter, hvilke indsatser der skal igangsættes i samarbejdet og følger op på, om indsatserne implementeres og melder tilbage til Sundhedsstyrelsen. Udvalget består af fem medlemmer udpeget af Regionsrådet, fem medlemmer udpeget af Kommunekontaktrådet i Region Hovedstaden og to medlemmer udpeget af Praksisudvalget.

Den administrative Styregruppe (DAS) administrerer, kommunikerer og eksekverer de beslutninger, som træffes i Sundhedskoordinationsudvalget. Den Administrative Styregruppe består af otte kommunale og otte regionale repræsentanter og to repræsentanter fra PLO-Hovedstaden.

Samarbejdet i Kommunekontaktrådet (KKR-H) er vigtigt for kommunernes indflydelse, da ikke alle kommuner er repræsenteret i de to omtalte udvalg. Kommunekontaktrådene (KKR) består af borgmestrene fra regionens kommuner samt et antal kommunalbestyrelsesmedlemmer.

Indholdet i Sundhedsaftale IV bliver allerede drøftet og der har været afholdt forskellige politiske dialogmøder, hvor også medlemmer af Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Halsnæs har deltaget. Drøftelserne ved forskellige politiske møder fortsættes frem til 2019 (se bilag om procesplan for en plan over møder i forbindelse med Sundhedsaftale 2019-2023).

Der er forsøgt bred involvering af alle parter i denne fornyelse af aftalesystemet og sundhedsaftale IV, herunder også politikere fra Halsnæs. Der er en generel forventning om mere samarbejde til gavn for alle borgere.

### **Lov- og plangrundlag**

Sundhedslovens § 203-205

#### **Konsekvenser**

Konsekvenserne af ændringen fremgår af sagen. Målet med ændringen i systemet er bedre styring af indsatser i aftalen, bedre overblik, økonomi og sammenhæng til gavn for borgerne.

### **Høring, dialog og formidling**

Når Sundhedsaftale IV skal godkendes kommunalt fremlægges sagen for udvalget igen.

#### **Økonomi**

Sagen har ingen umiddelbare økonomiske konsekvenser.

#### **Bilag**

De 8 nationale mål -oversigt

Procesplan

Sundhedsaftale oplæg usf.pdf

## **Punkt 63: Orientering om proces for udvikling af udvalgsmålsætninger**

00.00.00-51-18

### **Sagens kerne**

Halsnæs Kommunes nye politiske styringsdokument, Fælles om fremtiden, blev vedtaget i Byrådet den 21. juni 2018. Hvert af fagudvalgene skal i løbet af efteråret definere nogle konkrete målsætninger for deres områder, som kan være med til at realisere Fælles om fremtiden.

Udvalgsformanden vil på mødet orientere kort om planerne for udvikling af udvalgsmålsætninger.

### **Indstilling**

Direktionen indstiller, at udvalgsformandens orientering tages til efterretning.

### **Beslutningskompetence**

Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

### **Beslutning**

Direktionens indstilling taget til efterretning.

Fraværende med afbud: Frederik Germann

### **Sagsfremstilling**

På byrådsmødet den 21. juni 2018 vedtog Byrådet dokumentet Fælles om fremtiden. Det er en fortælling om Halsnæs Kommune, som skal erstatte de brændende platforme som overordnet politisk styringsdokument.

Gennem en hovedfortælling og tre undertemaer, med tilhørende pejlemærker, sætter Fælles om fremtiden den politiske retning for Halsnæs Kommune de kommende 4 år.

Pejlemærkerne i Fælles om fremtiden er holdt på et overordnet niveau. Det er de med den hensigt, at hvert af fagudvalgene hen over efteråret skal arbejde med at definere nogle mere konkrete målsætninger for deres respektive områder.

Udvalgsformanden vil på mødet orientere kort om de konkrete planer for udviklingen af udvalgsmålsætninger.

Fælles om fremtiden er vedhæftet som bilag på dagsordenen.

### **Bilag**

Fælles om fremtiden - Det gode liv i Halsnæs\_ final med illustrationer

2018.08.20 Præsentation udvalgsmøde USF

# **Punkt 64: Politisk ledelsesinformation fra familieområdet i Social Service og Familier**

00.00.00-G01-35-18

## **Sagens kerne**

Politisk ledelsesinformation fra familieområdet i Social Service og Familier

## **Indstilling**

Direktionen indstiller, at Udvalget for Sundhed og Forebyggelse tager sagen til efterretning

## **Beslutningskompetence**

Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

## **Beslutning**

Direktionens indstilling taget til efterretning.

Fraværende med afbud: Frederik Germann

## **Sagsfremstilling**

Tre gange årligt udarbejder Social Service og Familier en rapport med nøgletal fra Familieafdelingen, Sundhedstjenesten og PPR. Rapporten er vedlagt som bilag og viser antallet af sager, underretnings- og anbringelsestal mv. Nøgletallene indgår ukommenteret i bilagsmaterialet.

Rapporten viser et fortsat højt underretningstal og et stignede antal anbringelser.

## **Bilag**

Politisk ledelsesinformation august 2018

## **Punkt 65: Orientering fra formanden**

00.22.00-A00-130-17

### **Beslutning**

-

Fraværende med afbud: Frederik Germann

### **Bilag**

Sagsliste USF august møde

## **Punkt 66: Underskriftsark**

00.22.00-A00-130-17

### **Beslutning**

Protokollen godkendt.

---

Michael Thomsen (V)  
formand

Henrik Tolstrup (A)

Sarah L. Thøgersen (A)

Tommy Frøslev (A)

Kirsten A. Lauritsen (A)

Susan Eirfeldt (V)

Frederik Germann (V)

Protokollen oplæst.