

Referat fra Klyngestyregruppemøde 04.11.14 på Regionshospitalet Randers.

Mødeleder: Marianne Jensen

Referent: Hanne Mark

Dagsorden:

- 1. Høringsversion af sundhedsaftalen 2015 – 2018 – implementering og kommunikation ved regionen**
- 2. Status på opfølgende hjemmebesøg i Randersklyngen ved regionen**
- 3. Nøgletal ved regionen**
- 4. Orientering ved hospitalsledelsen ved hospitalsledelsen**
- 5. Orientering om arbejdet i Sundhedsstyregruppen Ved Kate Bøgh og Marianne Jensen**
- 6. Er det et kommunalt opgave at hjælpe borgere op, som efter fald henvises fra præhospitalet? Ved Favrskov Kommune**
- 7. IV behandling i eget hjem ved Norddjurs Kommune**
- 8. Ny bekendtgørelse og vejledning om genoptræning ved Randers Kommune**
- 9. FMK ved Randers og Norddjurs kommuner**
- 10. Orientering til klyngerne om analyse af hjælpemiddelområdet i Vestklyngen (skriftlig orientering) ved regionen**
- 11. Telemedicinsk landkort (skriftlig orientering) ved regionen**
- 12. Evt.**
- 13. Møder i 2015**
Forslag:
Tirsdag 26.03.15 kl. 14.30 – 16.30
Tirsdag 11.06.15 kl. 14.00 – 16.00
Tirsdag 24.11.15 kl. 14.00 – 16.00

AD. 1: Høringsversion af sundhedsaftalen 2015 – 2018 – implementering og kommunikation ved regionen

Beslutning:

- Er der yderligere ideer eller forslag til implementering kan der tages kontakt til regionen.

Indstilling: At klyngestyregruppen drøfter punktet med henblik på input til opgaven om implementering og kommunikation

Sagsfremstilling:

Sundhedskoordinationsudvalget har udsendt sundhedsaftale 2015-2018 i høring.

Høringsmaterialet indeholder udkast til:

- *Politiske visioner, mål og værdier for sundhedsaftalen 'Mere sundhed i det nære - på borgerens præmisser'*. Fastsætter visioner, mål og værdier for sundhedssamarbejdet og sætter en fælles politisk retning for udviklingen af det sammenhængende og nære sundhedsvæsen.
- *Sundhedsaftalen*: Er den operationelle del af aftalekomplekset, der sætter rammer for og konkretiserer de politiske visioner og mål i indsatser og aftaler om opgavefordeling. Denne del er målrettet ledelsesniveauet med henblik på konkret udmøntning i praksis. Sundhedsaftalen er udarbejdet af en række temagrupper med repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis. Brugere af sundhedsvæsenet har været inddraget i dele af processen.

Proces.

Sundhedskoordinationsudvalget vil med udgangspunkt i bidragene fra høringsrunden behandle forslag til endeligt sundhedsaftalekompleks den 1. december 2014. Sundhedsaftalen vil herefter blive sendt til endelig behandling i regionsrådet og i kommunalbestyrelserne i december 2014/januar 2015. Sundhedsaftalen skal sendes til Sundhedsstyrelsen senest den 31. januar 2015.

Implementering og kommunikation.

Implementeringen af aftalen vil ske løbende i hele aftaleperioden, og kan derfor anskues i flere bølger. Således vil nogle elementer af sundhedsaftalen gælde fra 1. januar 2015, mens andre vil blive udviklet og aftalt nærmere i perioden. I efteråret 2014 udarbejdes en fælles regional/ kommunal arbejdsplan, hvor det vil fremgå hvornår, hvilke indsatser skal udvikles og implementeres i perioden. Temagrupperformandskaberne udarbejder udkast til arbejdsplan på møde 4. november. Sundhedsstyregruppen drøfter udkast til arbejdsplan på møde 24. november, mens Sundhedskoordinationsudvalget drøfter arbejdsplanen den 1. december 2014.

Parallelt og i sammenhæng med arbejdsplanen udarbejder fællessekretariatet for sundheds-aftalen et udkast til en overordnet kommunikationsplan, hvor indsatsområderne er:

- Politikerne, der har til opgave at understøtte aftalen
- Lederne, der får til opgave at arbejde med kommunikation, implementering og opfølgning i samarbejde med det udførende

niveau

- Det udførende niveau, der skal give aftalen ben
- Borgerne, der er centrum for aftalen

Implementerings- og kommunikationsansvaret ligger hos klyngerne, men dele af kommunikationsvirkemidlerne kan være de samme – f.eks. PowerPoint plancher, måske en kort film med hovedbudskaber, eksempelvis debatkort om mål og værdier, Go'carts eller flyers, badges med fælles budskaber, mv.

Som nævnt skal implementeringen og kommunikationen af aftalen ses i flere og nogle gange parallelle bølger. Således vil første bølge primært omhandle formidling af sundhedsaftalens hovedbudskaber. Der vil løbende skulle kommunikeret om de enkelte indsatser.

I den forbindelse vil fællessekretariatet gerne i dialog med jer i klyngerne om, hvordan 1. bølge af sundhedsaftalen skal implementeres, og hvilken overordnet kommunikation, der er behov for.

Sundhedsaftalen er værdibaseret inden for en fastsat ramme. Det handler i høj grad om at få skabt og fastholdt en fælles 'vi' kultur frem for en 'os/dem' kultur.

Hvad er jeres overvejelser ift. at få omsat sundhedsaftalen til handling i klyngen?

- Hvordan gøres sundhedsaftalen til et fælles aktiv for ledere og ansatte?
- Hvordan sikrer vi ejerskab og hermed legitimitet til den fælles aftale?
- Hvilke fælles virkemidler er der brug for?
- Hvilket krav stiller implementerings- og kommunikationsopgaven til organiseringen i klyngerne?
- Er der behov for og hvordan, kan vi understøtte jeres arbejde?

Bilag: Politiske visioner sundhedsaftalen – høringsversion

Bilag: Sundhedsaftalen høringsversion

Drøftelse:

Regionen oplyste, at der var brev på vej om hvilke overvejelser regionen har i forhold til implementering og ideer til fælles implementering blev efterlyst.

Der var flere overvejelser/forslag:

- Vigtigt at holde fast i værdierne i sundhedsaftalen, og at det er vi i stedet for os.
- Det er vigtigt, at det der udvikles gøres synligt for alle herunder, at forskningsresultater bliver kommer frem.
- Kort oversigt over, hvad der følger med ind i den nye aftale – f.eks. de frivillige aftaler er allerede implementeret eller under implementering og dermed kendte i organisationen og vil blive en del af værktøjskassen
- Vigtigt at få skabt klarhed over, hvad de praktiserende læger er forpligtet til /eller ikke er forpligtet til.
- Synliggørelse af at det gode, der er, fortsætter indtil der kommer nyt.
- Triple Aim er centralt i den nye sundhedsaftale og i forhold hertil bør der gøres en særlig indsats.

<ul style="list-style-type: none"> Information om den nye sundhedsaftale bør både rettes mod lederne og mod frontmedarbejderne og specielt i forhold til medarbejderne bør der informeres og implementeres i takt med besluttede indsatsområder. <p>I forhold til værktøjskassen oplyses, at f.eks. fælles hjemmeside drøftes. Tilgængelighed for frontmedarbejderne er vigtig f.eks. via APP.</p>	
<p>AD. 2: Status på opfølgende hjemmebesøg i Randersklyngen ved regionen</p> <p><u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nuværende koncept med screening på hospitalet og opfølgende besøg ved hjemmesygeplejerske og praktiserende læge fastholdes Arbejdsgruppen i Randersklyngen mødes og aftaler implementering af nye tiltag. Et antal patientforløb følges og resultaterne præsenteres på næste møde i klyngestyregruppen <p><u>Indstilling:</u> At klyngestyregruppen drøfter det fremadrettede arbejde vedr. opfølgende hjemmebesøg med særlig fokus på, hvordan screeningsopgaven kan fremrykkes i arbejdsgangen.</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u> Regionerne er hver forpligtet til at gennemføre 2000 opfølgende hjemmebesøg om året. Region Midtjylland gennemfører kun 40-70% af de besøg, vi er forpligtet til. En række analyser viser samtidig, at de opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af genindlæggelser, dødsfald, samt regionale og kommunale udgifter. Der er således både krav om og incitament til at intensivere indsatsen om implementeringen af de opfølgende hjemmebesøg.</p> <p>Det fremgår af talopgørelser i vedlagte notat, at både hospitalernes screeningsprocent, samt kommunernes og almen praksis' besøgsgennemførelse er lav. Der arbejdes på følgende initiativer for at højne antallet af screeninger og gennemførte besøg:</p> <ul style="list-style-type: none"> Screeningen af patienter fremrykkes, så den foregår undervejs i indlæggelsesforløbet Alderskriteriet ophæves, så målgruppen udvides Praktiserende læge kan initiere et opflg. Hjemmebesøg De gode historier og erfaringer udbredes Ny pjece, der opfordrer borgeren til at kontakte kommunen hvis besøget udebliver Lommeudgave af quick-guide til screeningskemaet <p><u>Bilag:</u> Notat</p> <p><u>Drøftelse:</u> Hospitalet screener godt 50% af de + 78 årige og af de der skal tilbydes besøg gennemføres besøg hos mellem en tredjedel og en fjerdedel, så der er stort potentiale for forbedringer i Randersklyngen. Randers kommune oplyser, at det er en udfordring at planlægge besøg, da de praktiserende læger ønsker besøg sidst på eftermiddagen og det i forhold til kommunens mødetider passer dårligt. I Randers kommune tager hjemmesygeplejersken ud på besøg (0. besøg) hos sårbare ældre. Flere kommuner har lignende ordninger. Analyse fra Vestklyngen viser, at opfølgende hjemmebesøg har effekt, men det vides ikke om der er andet, der er ligeså godt, f.eks. at patienten følges hjem fra hospitalet og mødes med en hjemmesygeplejerske. Favrskov kommune oplyser, at opfølgende hjemmebesøg giver mulighed for bl.a. medicinafstemning ved fælles besøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske.</p>	<p>Hanne Mark</p>

<p>Birgitte Borum ærgrer sig over, at effekten af opfølgende hjemmebesøg forplumres, når der iværksættes flere forskellige tiltag.</p>	
<p>D. 3: Nøgletal ved regionen</p> <p><u>Indstilling:</u> At nøgletallene drøftes kort</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u> På baggrund af Sundhedsaftalen 2011 – 2014 er der udviklet nøgletal til brug i klyngerne. Tallene er opgjort i faktiske tal (både regions- og landstal), indekstal og tal pr. 1000 indbyggere. Der er ligeledes tal for forebyggelige indlæggelser.</p> <p>Der er to generelle usikkerheder ved nøgletallene for 1. halvår 2014, som bør bemærkes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RM14-problematikken: Opgraderingen af Region Midtjyllands EPJ til understøttelse af registreringspraksis jf. fællesindholdet i 2014 skete først i maj 2014. Denne forsinkelse betyder, at den akutte aktivitet i årets første fem måneder er landet på fejllister hos LPR. Konsekvensen af dette er, at der foregår ekstraordinær stor fejlretning på hospitalerne, som betyder, at det forventes, at en del af aktivitetstallene for 1. halvår 2014 stiger, hvis man trækker tallene senere på året. 2) Generelle efterregistreringer og fejlretninger: Hospitalerne kan løbende hen over indeværende år foretage efterregistreringer og fejlretninger af deres aktivitet. Det betyder, at man først er sikre på at have et retvisende billede af hospitalernes aktivitet, når man har tal baseret på lukkedata. Disse tal foreligger midt i marts måned det følgende år. <p><u>Bilag:</u> Nøgletal <u>Bilag:</u> Grafer til kommuner</p> <p><u>Drøftelse:</u> Regionen viser eksempler på nøgletal bl.a. er antallet af ambulante besøg steget og antallet af forebyggelige indlæggelser er faldet.</p> <p>Af sagsfremstillingen fremgår, at der først er et retvisende billede af hospitalernes aktivitet, når der er tal baseret på lukkedata og disse tal foreligger først i marts måned. Hospitalsledelsen oplyser, at på Regionshospitalet Randers efterreguleres hvert kvartal, så der efter hvert kvartal vil være et sandfærdigt billede.</p> <p>I Norddjurs gennemføres projekt med henblik på at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og projektet viser, at de patienter der indlægges, er de som ikke er kendte i kommunen.</p> <p>Kommunerne oplyser, at nøgletallene i den ny udgave er lettere at læse.</p>	
<p>AD. 4: Orientering ved Hospitalsledelsen Sundhedshus i Grenaa: Ombygningen i stueetagen og på 1. sal er afsluttet og Sundhedsskolen, Norddjurs Kommune forventes at flytte ind ca. 01.12.14. Udover de regionale og kommunale funktioner er der en Øre-, næse- og halslæge, 1 praktiserende læge og fysioterapi, så hele første salen er næsten lejet ud. Herudover er man i dialog med yderligere 2 mulige lejere. Der er officiel indvielse 06.02.15.</p>	

<p>Akutfdelingen: Der indlægges mange patienter, fra juni måned er indlæggelserne steget med 20 – 25%. Hospitalet er i gang med at analysere tallene med henblik på at finde mulige årsager. Den gennemsnitlige liggetid er faldet i samme periode så mange patienter er her kortere tid. Alle patienter, der kommer i akutfdelingen registreres som indlagte. Der er dog også mulighed for subakut besøg i ambulatoriet, som kan aftales i dialog mellem visitation og praktiserende læge/vagtlæge.</p> <p>Patientinventering: Der gennemføres løbende patientinventering i sengeafsnit og ambulatorier. 12.11 gennemføres patientinventering sammen med kommunerne i akutfdelingen. Alle 4 kommuner deltager.</p>	
<p>AD. 5: Orientering om arbejdet i Sundhedsstyregruppen ved Kate Bøgh og Marianne Jensen</p> <p>Intet nyt, da der ikke har været afholdt møder i Sundhedsstyregruppen siden sidste klyngestyregruppemøde.</p>	
<p>AD. 6: Er det en kommunal opgave at hjælpe borgere op, som efter fald henvises fra præhospitalet? Ved Favrskov Kommune <u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunerne ser an og følger udviklingen. <p><u>Indstilling:</u> At klyngestyregruppen informeres og det drøftes om de andre kommuner har lignende oplevelser.</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u> Favrskov er i 3 – 4 tilfælde blevet kontaktet af præhospitalet pga. borgere, der er faldet og hvor Præhospitalet har vurderet, at patienten ikke er tilskadekommet og har bedt kommunen om at køre ud til borgeren og hjælpe borgeren op. Favrskov ønsker en drøftelse af om de andre kommuner har oplevet lignende situationer og om det er en kommunal opgave?</p> <p>Præhospitalet oplyser, at de har ansvar for at stille ambulanceberedskab til rådighed for personer, der har behov herfor pga. akut opstået sygdom, ulykke eller fødsel. Ambulanceberedskabets opgave omfatter initial behandling af patienter på skadestedet og i ambulancen på vej ind på hospitalet samt transport af patienter til hospitalet og mellem hospitaler. Det indgår ikke som en opgave for ambulanceberedskabet at hjælpe borgere, der er faldet i eget hjem op, når de ikke selv er i stand hertil, og i øvrigt ikke er akut syge eller tilskadekomne.</p> <p>Præhospitalet har kendskab til, at en række kommuner har en ordning ift. at hjælpe kommunens borgere i sådanne situationer, nogle af disse i samarbejde med Brand – og Redning.</p> <p><u>Drøftelse:</u> Flere af de andre kommuner har haft lignende oplevelser. Kommunerne oplyser, at det er et nyt tiltag – de er ikke tidligere blevet bedt om at hjælpe borgere op.</p>	
<p>AD. 7: IV behandling i eget hjem ved Norddjurs Kommune <u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der nedsættes en gruppe med repræsentanter fra kommuner og hospitalet, der evaluerer IV behandling i eget hjem. Kommunerne melder tilbage senest 25.11.14, hvis der ønskes andre repræsentanter i evalueringsgruppen end ved første evaluering. 	Kommuner

- Resultater af evaluering præsenteres på næste møde i klyngestyregruppen, herunder forbrug af antibiotika til IV behandling, diagnoser og analysen af om der er sket et skred i ordinationerne.

Indstilling: At klyngestyregruppen drøfter og beslutter videre tiltag.

Sagsfremstilling:

Norddjurs oplever en stigende opgave i forbindelse med håndteringen af opgaven med IV medicin. Der er flere patienter end forventet og den enkelte behandles i længere tid, dvs. opgaven har udviklet sig anderledes end forventet. Norddjurs ønsker en drøftelse af den forventede fremtidige udvikling samt muligheden for at minimere/afkorte opgaven.

IV behandling blev også drøftet på styregruppe møde i sundhedsstrategisk ledelse, hvor der var enighed om at få ordningen evalueret og få overblik over, om antibiotikabehandlingen skrider. Det blev besluttet at tage emnet op til klyngestyregruppemødet.

Hospitalet oplyser, at medicinsk afdeling er blevet bedt om at undersøge om antibiotikabehandlingen skrider. Arbejdet er igangsat men endnu ikke afsluttet.

I forhold til antal patienter, der er udskrevet til antibiotika i eget hjem var antallet det første halve år (01.10.13 – 31.03.14) 89 patienter, hvoraf de 18 udelukkende havde ambulantly forløb med i alt 19.4 behandlinger i gennemsnit.

I perioden fra 1. april til 30. september har Sundheds – IT lavet et udtræk over patienter udskrevet til IV behandling i eget hjem og udtrækket viser færre patienter udskrevet til IV behandling i eget hjem end i det første halve år.

Drøftelse:

Kommunerne kan ikke genkende hospitalets tal, da alle oplyser, at der det sidste halve år har været en stigning i antallet af patienter, der udskrives til IV behandling i eget hjem. Alle kommuner oplever, at opgaven fylder mere.

Randers Kommune modtager også patienter til IV behandling fra Aarhus. Kommunen oplyser, at antallet er fordoblet og at patienterne får ca. 20 behandlinger i gennemsnit.

Der ønskes også en afklaring af, hvilke "diagnoser der hyppigst udskrives" til IV behandling i eget hjem og om hjemmesygeplejersken skal være tilstede under behandlingen - evalueringsgruppen vil forsøge at finde svar herpå.

AD. 8: Ny bekendtgørelse og vejledning om genoptræning ved Randers Kommune

Indstilling: At klyngestyregruppen får en foreløbig drøftelse

Sagsfremstilling:

Randers Kommune ønsker en foreløbig drøftelse af bekendtgørelse og vejledning om genoptræning.

Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus samt vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner er revideret. Begge træder i kraft 1. januar 2015.

Nye tiltag i vejledning og bekendtgørelse:

- Hospitalerne skal angive en tidsfrist for opstart af genoptræning efter udskrivelse, hvis der er begrundet sundhedsfagligt behov herfor.
- Hospitalerne har kompetence til at beskrive det samlede

<p>rehabiliteringsbehov og anbefale metode, omfang og karakter af indsatsen for de mennesker, der har de mest omfattende og komplekse behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er 4 niveauer af genoptræning og rehabilitering • Kommunerne kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov <p>Der igangsættes udarbejdelse af opdateret MedCom standard for genoptræningsplaner, og Sundhedsstyrelsen udvikler en guide til personalet, der skal udarbejde genoptræningsplaner, om hvordan den nuværende genoptræningsplan udfyldes efter de nye regler og krav. I perioden frem til januar vil Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sammen med Sundhedsstyrelsen afholde informationsmøder, hvor både kommuner og regioner inviteres.</p> <p>Temagruppen vedr. behandling, pleje, træning og rehabilitering forventer at nedsætte en ad hoc gruppe, der skal tilrettelægge implementering af den nye bekendtgørelse og vejledning ultimo 2014. Bilag: Bekendtgørelse og vejledning samt følgebrev</p>	
<p>AD. 9: FMK ved Randers og Norddjurs kommuner</p> <p><u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det aftales at holde hinanden orienteret om status <p><u>Indstilling:</u> At der informeres om status</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u> Kommunerne ønsker viden om status i de enkelte sektorer. Randers Kommune oplyser, at FMK er teknisk implementeret og at der er valgt et lille område til afprøvning, hvor det forventes fuldt implementeret inden nytår.</p> <p>Overlæge Klaus Roelsgaard har fremsendt skriftlig orientering vedr. FMK status på hospitalet.</p> <p>I Den Regionale FMK Udviklings- og Implementeringsgruppe vurderer man, at der er 4 forudsætninger for, at FMK er velfungerende, og at alle 4 forudsætninger skal være opfyldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • et velfungerende IT-system • hospitalslæger, der anvender FMK og anvender det korrekt • arbejdsforhold for lægerne der muliggør det ekstra tidsforbrug som FMK kræver • at andre interessenter (primært PLO og FAPS) anvender FMK og anvender det korrekt <p>FMK er teknisk set integreret i Midt-EPJ, så hospitalslægerne har mulighed for at anvende FMK både i forbindelse med udskrivelse og i ambulatorierne. Integrationen af FMK i Midt- EPJ er imidlertid tung at anvende, så lægerne bruger ikke FMK konsekvent. Der er endvidere tekniske barrierer som gør, at FMK ikke altid kan afstemmes korrekt. Vi har ikke sikre tal for den aktuelle brug af afstemning af FMK ved udskrivelse. Der findes ikke statistik for anvendelsen i ambulatorierne.</p> <p>Regionen har besluttet, at man ikke vil iværksætte nye tiltag for at øge lægernes anvendelse af FMK, før integrationen af FMK i Midt-EPJ er blevet forbedret. Forbedringen af FMK-integrationen er en omfattende proces og forventes først at være tilendebragt ultimo 2015. Konsekvent anvendelse af FMK på hospitalerne i Region Midt kan derfor ikke forventes før primo 2016.</p> <p>Vi skal tage stilling til, om vi i Randers vil følge den generelle holdning i Region Midt, eller om vi vil sætte barren højere. Min holdning er, at på baggrund af</p>	

<p>det store behov hos kommuner og praksis for at FMK bliver opdateret med hospitalernes ordinationer, skal vi gøre en indsats for at få FMK opdateret konsekvent i forbindelse med udskrivelse - også selv om FMK fortsat er tung for lægerne at anvende. Herefter kan vi vurdere, om det vil give mening at gøre en indsats for at øge anvendelsen i ambulatorierne.</p> <p>Brev fra RM til kommuner: Region Midtjylland har medio oktober skrevet til kommunerne og orienteret om status for ibrugtagning af FMK, hvor det bl.a. fremgår, at den løsning, der er implementeret i Mit – EPJ primo maj måned har vist sig at levere en dårlig understøttelse af de kliniske arbejdsgange, hvorfor det er besluttet at foretage en reorganisering af FMK, der skal være afsluttet inden udgangen af 2015. Inden da gennemføres ikke yderligere udrulningsaktiviteter på hospitalerne. Udmeldingen er, at hospitalslægerne stadig skal bruge FMK i det omfang, det kan lade sig gøre.</p> <p>Almen praksis: Fra september 2014 har alle praktiserende læger og speciallæger med ganske få undtagelser ibrugtaget FMK i forbindelse med løbende patientkontakt ift. ordinationer.</p> <p><u>Drøftelse:</u> Hospitalets holdning er, at lægerne bruger FMK mest muligt, og at FMK avendes mere end det kan ses af tal. Det oplyses at alle i almen praksis er ved at være på FMK.</p> <p>I forhold til gamle medicinlister, mangler der afklaring af, hvem der skal rydde op.</p>	
<p>AD. 10: Orientering til klyngerne om analyse af hjælpemiddelområdet i Vestklyngen (skriftlig orientering) ved regionen</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u> Den tværsektorielle Task force for nære sundhedstilbud og sundhedsinnovation har i samarbejde med Vest-klyngen igangsat en analyse af udfordringer og potentialer på hjælpemiddelområdet. EY (tidligere KPMG) skal forestå analysen, som vil ligge færdig i januar 2015. Analysens formål er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At afdække udfordringerne på hjælpemiddelområdet. Udfordringerne anskues fra flere perspektiver: organisatorisk, økonomisk og fra et borgerperspektiv. • At få afklaret, hvorvidt udfordringerne er så betydelige, at de fordrer handling • At få afdækket potentialer og få konkrete forslag til fremtidige prøvehandlinger på området, der gør det bedre og billigere. • At få udarbejdet et grundlag for fremtidige beslutninger på hjælpemiddelområdet. <p>Der tages afsæt i en innovationsdagsorden, og derfor også løsninger som godt må være radikalt anderledes, end det vi kender til i dag.</p> <p>HE Vest, Ringkøbing-Skjern, Lemvig og Holstebro Kommuner er genstand for analysen, men det er hensigten, at analysen skal kunne tegne et generelt billede af udfordringer og potentialer på hjælpemiddelområdet. Vi vil derfor gerne være i løbende dialog med andre klynger og fx få sparring på foreløbige resultater og 'fund'.</p> <p>Hvis der er klynger, som er interesserede i at indgå i en dialog, er de meget velkomne til at kontakte Dorthe Klith, Region Midtjylland på mail dk@rm.dk eller tlf. 7841 2199.</p>	

<p>Det er Region Midtjylland, som afholder udgiften til EY.</p> <p><u>Drøftelse:</u> Marianne Jensen oplyser, at en gruppe har drøftet materialer til stomi patienter, hvor problemstillingen er, at patienten ud fra faglig vurdering og afprøvning på hospitalet får anbefalet en bestemt type pose – og evt. får udleveret en anden type i kommunen, da der er forskellige indkøbsaftaler. Konsekvensen kan være at patienten får f.eks. hudproblemer. Temagruppen vedr. behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering vil på næste møde drøfte forslag om fælles indkøbsaftale på området.</p> <p>Der vil være behov for juridisk afklaring. Horsens har for ca. 1.5 år siden forsøgt at undersøge muligheder for fælles indkøbsaftaler, men der ang. endnu ingen afklaring.</p> <p>Et andet forslag er at hospitaler og kommuner i fællesskab udarbejder kravsspecifikation til produkter, så produkterne kommer med i kommunernes sortiment.</p>	
<p>AD. 11: Telemedicinsk landkort (skriftlig orientering) ved regionen</p> <p><u>Indstilling:</u> Klyngestyregruppen orienteres om arbejdet og validerer databasens indhold for så vidt angår Randersklyngen.</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u> Brugen af telemedicin tiltrækker sig til stadighed mere opmærksomhed og der er iværksat mange forskellige tiltag både lokalt, regionalt og nationalt. De mange indsats har også skabt et behov for et overblik over området. Derfor har MedCom til opgave i samarbejde med de relevante aktører at udarbejde en oversigt over udbredelsen af telemedicin i sundhedsvæsnet. Alle kommunale og regionale projekter samles i databasen "Det telemedicinsk landkort"</p> <p>Den opdaterede liste præsenteres i forbindelse med E-Sundhedsobservatoriets årlige konference den 3. oktober. Den samlede oversigt skal gøre det enklere at finde information, inspiration og erfaring hos igangværende og afsluttede projekter, således at nye idéer og projekter kan få et godt afsæt i kraft af eksisterende viden.</p> <p>Nedenfor præsenteres i overskrifter de 65 projekter som er registreret i Region Midtjylland. Hele databasen se her: https://medcom.medware.dk/tm/kort Hvis der er relevante projekter som på nuværende tidspunkt ikke indgår i databasen, kontaktes Puk Skovgaard Berg Mikkelsen, PUKMIK@rm.dk (Center for telemedicin).</p> <p><u>Bilag:</u> Telemedicinsk landkort</p>	
<p>AD. 12: Evt. Opfølgning fra sidste møde: På sidste møde blev det problematiseret, at kommunerne af og til oplever, at patienter meldes klar til udskrivelse til døgnplads/hjemmepleje for derefter at blive udsat. Det betyder at kommunerne ofte har tomme senge eller at der er sat ekstra ressourcer ind ved andre borgere i hjemmet, som har behov for en aflastningsplads. Vi aftalte, at cpr. numre på borgere, hvor udskrivelse udsættes skulle fremsendes til Hanne Mark mhp. gennemgang af årsag. Der er ikke fremsendt cpr. numre.</p>	

Ad. 13: Møder i 2015: Torsdag 26.03.15 kl. 14.30 – 16.30 Tirsdag 11.06.15 kl. 14.00 – 16.00 Tirsdag 24.11.15 kl. 14.00 – 16.00 Møder i styregruppen for sundhedsstrategisk ledelse er placeret umiddelbart før klyngestyregruppemøde.	

I mødet deltog:

Randers Kommune:

Sundhedschef Lene Jensen, lene.jensen@randers.dk
Pia Ravnsbæk Bjærge pia.ravnsbaek.bjaerge@randers.dk

Favrskov Kommune:

Ældrechef Peter Mikkelsen, pm@favrskov.dk
AC – fuldmægtig Tina Bak – Møller tibm@favrskov.dk

Syddjurs Kommune:

Direktør for sundhed-, social- og arbejdsmarked Jørgen Andersen, ja@syddjurs.dk
Ældrechef Ingelise Juul, iju@syddjurs.dk
Leder af sundhedsfremme og forebyggelse Marianne Kirkegaard, mki@syddjurs.dk

Norddjurs Kommune:

Ældrechef Søs Fuglsang abskf@norddjurs.dk

PLO – Region Midtjylland:

Birgitte Borup krojgaardborup@mail.dk

Region Midtjylland:

Chefkonsulent Else Kayser Nielsen elknel@rm.dk
Fuldmægtig Sebastian Cristoffanini sebchr@rm.dk

Regionshospitalet Randers/Grenå:

Hospitalsdirektør Thomas Pazyj, thom.pazyj@r.dk
Sygeplejefaglig direktør Marianne Jensen, Chefspl.Marianne.Jensen@randers.rm.dk
Specialkonsulent Hanne Mark, hanne.mark@randers.rm.dk

Fraværende:

Randers Kommune:

Sundheds- og ældredirektør Erik Mouritsen, erik.mouritsen@randers.dk

Favrskov Kommune:

Direktør Kate Bøgh katb@favrskov.dk
Sundhedschef Birgitte Holm Andersen, biha@favrskov.dk
Praksiskonsulent Poul Kraghede, kraghede@dadlnet.dk
Visitationschef Ida Bundgaard Jacobsen ibuj@favrskov.dk
Økonomikonsulent Bodil Petersen, bop@favrskov.dk

Norddjurs kommune:

Socialdirektør Kenneth Koed Nielsen, kenneth.koed.nielsen@norddjurs.dk
Områdeleder Anne Aastrup anna@norddjurs.dk
Praksiskonsulent Søren Dujardin, Dujardin@dadlnet.dk

Syddjurs Kommune:

Økonomikoordinator Else Pedersen, epd@syddjurs.dk
Praksiskonsulent Jeanette Jensbæk jensbaek@dadlnet.dk

Kommunernes kontaktråd:

Konsulent Jonna Holm Pedersen, jhp@kl.dk

Region Midtjylland:

Kontorchef Jens Bejer Damgaard, jens.damgaard@stab.rm.dk

Regionshospitalet Randers:

Lægefaglig direktør Lone Winther Jensen, Lone.w.Jensen@randers.rm.dk

Praksiskoordinator Svend Kier, kier@dadlnet.dk