

**Referat fra møde i styregruppen for  
sundhedsaftalerne i Horsens klyngen.**

**Torsdag den 22. marts 2012**

**kl. 11.00 – 15.00**

**Mødelokale: Mødestedet, Hospitalsenheden Horsens**

**Indholdsfortegnelse**

Temadrøftelser .....	3
1. Ide ´ og udviklingskatalog .....	3
2. Omlægning af neurologien i Region Midtjylland .....	5
3. Sundhedsaftalen vedr. den palliative indsats .....	6
4. Sundhedsaftalen for personer med demens .....	9
Korte punkter .....	12
5. Ikast-Brande Kommune ønsker at udtræde af Horsensklyngen .....	12
6. Status for det tværsektorielle samarbejde .....	13
7. Bilaterale møder .....	14
8. Folkesundhed i Midten .....	14
9. Opfølgning til sundhedsaftale skema .....	15
Orienteringspunkter .....	16
10. Evaluering af sundhedsaftalerne .....	16
11. Satspuljemidler vedr. den ældre medicinske patient .....	16
12. Dataudtræk på klyngeniveau .....	17
13. Opfølgning korrespondancemodulet .....	18
14. Status forløbsprogram for hoftenærer frakturer .....	18
15. Videokonference ved udskrivelse .....	18
16. Evt. ....	19
16.A Opfølgende hjemmebesøg .....	19
16.B Kørsel ved udskrivelse fra hospital .....	20
16.C Ny repræsentant til regional samarbejdsudvalg fra Horsensklyngen .....	20

**Møde deltagere:**

Peter Voss  
Peter Sinding Poulsen  
Jørgen Erlandsen  
Anne Stenbæk  
Malene Herbsleb  
Ejgil Jessen Hansen  
Pia Larsen  
Holger Storgaard  
Dorte Jepsen  
Inger Buhl Foged  
Tage Carlsen  
Lene Baatrup Lange  
Thomas Hahn  
Mette Korr  
Christine Winding-Lauritzen  
Claus L. Davidsen  
Lene T. Svenstrup

**Afbud:**

Anna Birte Sparvath  
Inge G. Henriksen  
Jens B. Damgaard  
Marianne Merring

**Temadrøftelser****1. Ide ´ og udviklingskatalog****Indstilling**

- At drøfte og beslutte hvilke indsatser Horsensklyngen vælger at arbejde med, herunder beslutte hvordan dette arbejde vil blive organiseret.

**Sagsfremstilling**

I december 2011 blev "Ide ´ og udviklingskataloget for det nære sundhedsvæsen" samt følgebrev sendt til kommuner, praksisudvalget og hospitaler i Region Midtjylland. Sundhedskoordinationsudvalget har i november 2011 prioriteret to overordnede temaer der skal arbejdes videre med i klyngerne med henblik på at bidrage til realisere udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

De to prioriterede emner er: - Behandling og samarbejde i eget hjem

Temaerne kompetenceløft og teknologi/telemedicin kan med fordel indgå i arbejdet. Endvidere fremhæves at der i arbejdet skal være særlig fokus på; faglighed, tryghed samt økonomi og effektiv ressourceudnyttelse.

Klyngernes opgave er at arbejde videre med tværsektorielle indsatser indenfor de prioriterede temaer og dermed bidrage til at realisere udviklingen og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Klyngerne kan tage afsæt i de foreslåede ideer i kataloget eller udvikle nye initiativer dels ved at arbejde videre med igangværende initiativer og samtidigt sikre, at der sker en systematisk erfaringsopsamling og dokumentation.

Den videre proces er som følgende:

- Senest onsdag den 4. april indrapportere klyngerne til sundhedskoordinationsudvalget, hvad den enkelte klynge har valgt at arbejde med.
- I efteråret 2012 inviteres til konference, hvor klyngerne præsenterer de foreløbige resultater fra nye eller igangværende indsatser.

Alle klyngestyregruppemedlemmer har til mødet læst og forberedt sig på drøftelsen af "Ide- og udviklingskataloget for det nære sundhedsvæsen".

## **Konklusion**

Klyngestyregruppen besluttede, at ansøge om midler til et fælles klyngeinitiativ om **mestring og empowerment**.

*(hverdagsrehabilitering er et af parametrene, - men visionerne for initiativet er højere og handler om empowerment og personligt lederskab for alle implicerede, - fra patient / borger til pårørende, fagprofessionelle, ledere, embedsmænd og politikere)*

Baggrund:

Parterne i Horsens Klyngen har hver især en række tiltag, som har til formål at øge patienternes mestringsevne og kompetencer ift. hverdagsliv.

Det er tiltag som: Tidlig opsporing, projekt "Fra patient til borger", aktiv hverdag, kommunale udskrivningskoordinatorer, udgående apopleksi team, audit på forebyggelige indlæggelser, telemedicinske borgerterminaler og tværgående kommunikation.

De mange initiativer øger behovet for en fælles vision, fælles mål og videndeling samt ny udvikling af indsatserne på tværs af sektorer Horsens Klyngen. Endvidere skal de mange initiativer ses i en bred kultur forståelse der har betydning for vores syn på patient, borger og menneske.

Projektet:

Der søges midler til at udbrede de gode eksempler og den bedste praksis i Horsens klyngen.

Det skal ske i en styret proces, der forankres hos en styregruppe for projektet.

Det foreslås, at der søges 1 mio kr. i 2 år til ansættelse af projektleder/tovholder.

Til den nyetablerede styregruppe indmeldes 1-2 personer fra hver kommune samt repræsentanter fra HE Horsens. Praksiskoordinator Mette Korr deltager på vegne af almen praksis. Deadline for indmelding af navne til styregruppen for mestring og empowerment er mandag den 16. april 2012.

---

## 2. Omlægning af neurologien i Region Midtjylland

### Indstilling

- At orientere og drøfte omlægningen af neurologien v/ overlæge Thomas Hahn.

### Sagsfremstilling

Nedenstående sagsfremstilling er en orientering fra Nære Sundhedstilbud, Viborg.

Med "Aftale om ændring af budget 2011 og forudsætningerne for budget 2012 for Region Midtjylland" blev der fastsat en spareramme på 20 mio. kr. for det neurologiske område med virkning fra 2012. Regionsrådet har den 26. oktober 2011 vedtaget en omlægning, der i mødekommer sparekravet, og som er i overensstemmelse med det neurologiske specialeråds anbefalinger samt Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011.

Det vil primært være en omlægning af forløbene for apopleksi (blodpropper i hjernen og hjerneblødninger), der indfrier sparerammen. Omlægningen indebærer, at patienter med mistanke om akut apopleksi fremover skal modtages på hospitaler, der kan tilbyde blodpropopløsende trombolyselbehandling. Trombolyselbehandling tilbydes i dag ved Regionshospitalet Holstebro og Aarhus Universitetshospital, og derfor vil patientgruppen kun modtages på disse to hospitaler fremover. Samlingen betyder, at regionen løfter kvaliteten af den primære udredning og behandling, og det forbedrer samtidig prognosen for patienterne.

Der skal samtidig ske en stor omlægning fra stationære til ambulante forløb gennem etablering af neurologiske dag/TCI-klinikker på afdelingerne i Holstebro og Aarhus. På disse klinikker vil mange patienter med mistanke om apopleksi kunne blive udredt og behandlet ambulantly, mens de mere komplicerede patienter skal indlægges. Klinikkerne vil være åbne alle ugens dage i dagtid – uden for dagtid indlægges patienterne. Ved neurologisk afdeling i Viborg vil der være en klinik, der kan behandle patienter med advarselssymptomer på kommende apopleksier og forbigående apopleksier (TCI'er) - en såkaldt TCI-klinik.

Omlægningen af apopleksi-forløbene indebærer et accelereret udrednings- og behandlingsforløb i neurologisk regi, hvorefter patienter sendes tilbage til rehabilitering i regi af et hospital i eget nærområde. Ved alle hospitalsenheder skal der etableres dedikerede udgående apopleksi-teams med henblik på at kunne omlægge til en mere intensiv rehabilitering i eget hjem. Lige-

ledes skal der ved alle hospitalsenheder være et ca. 4-7 senge til rehabilitering på hovedfunktionsniveau, mens der sker en mindre opjustering af antallet af senge til rehabilitering på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Det skal også sikres, at der ikke er ventetid til specialiseret genoptræning.

Med omlægningen vil alle regionens borgere modtage et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet.

Omlægningerne betyder ændrede snitflader til kommunerne. Som følge heraf er implementeringsgruppen ved at udarbejde et opgaveoverdragelsesdokument, der skal fungere som en overordnet ramme for det opgaveoverdragelsesdokument, der skal udarbejdes lokalt i hver klynge. I det lokale opgaveoverdragelsesdokument vil parterne bl.a. konkret beskrive, hvordan samarbejdet skal organiseres i klyngen.

Det overdragelsesdokument, som implementeringsgruppen er ved at udarbejde, præsenteres for Sundhedsstyregruppen den 9. februar 2012 og for Sundhedskoordinationsudvalget den 5. marts 2012. Implementeringsgruppen består af repræsentanter fra hospitalerne, kommunerne, praksissektoren og administrationen i Region Midtjylland.

Ændringerne forventes at træde i kraft 1. maj 2012.

### **Konklusion**

Overlæge, Thomas Hahn gennemgik neurologioplægningen. Det blev drøftet hvordan det udadgående team skal arbejde, særligt i forhold til træningsområdet. Regionsterapeutrådet har drøftet træningsdelen og har defineret ens retningslinjer om praksis for træningsområdet, med afsæt i udmeldingerne fra den regionale implementeringsgruppe. På HE Horsens arbejdes der på at kunne præsentere nærmere beskrivelser af det udadgående teams funktioner mv. på det kommende møde i Horsens klyngens arbejdsgruppe vedr. neurologioplægningen. Det udadgående team og Horsens Kommune har allerede iværksat prøvehandlinger, hvor det udadgående team følger patienten hjem. En del erfaringer bliver her opsamlet med henblik på at være godt forberedt til omlægningen træder i kraft den 1. maj 2012. Kommunerne ønsker at følge det udadgående team samt økonomi området tæt, hvoraf sidstnævnte kan være vanskelig at gennemskue. Dokument om opgaveoverdragelse medsendes referatet.

## **3. Sundhedsaftalen vedr. den palliative indsats**

### **Indstilling**

- At klyngen aftaler, hvordan sundhedsaftalen implementeres.

### **Sagsfremstilling**

Nedenstående sagsfremstilling er en orientering fra Nære Sundhedstilbud, Viborg.

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt sundhedsaftalen vedrørende den palliative indsats. Aftalen behandles politisk i kommunalbestyrelserne og Regionsrådet i perioden januar – marts 2012. Aftalen træder i kraft den 1. marts 2012.

En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra klynge-kommunerne (Aarhus, Holstebro (vest), Horsens, Silkeborg, Syddjurs og Viborg), alle hospitalsenheder (specialistniveau indenfor den palliative indsats), praksissektoren, hospicerne og sundhedsstaben i Region Midtjylland har udarbejdet udkastet til sundhedsaftalen om den palliative indsats.

Sundhedsaftalen består af en politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig del. Derudover har arbejdsgruppen udarbejdet et notat om lovgivningen på det palliative område, et notat om kompetencer, et notat om inddragelse af frivillige organisationer, en oversigt over hospitalernes tilbud om palliativ fysioterapi og ergoterapi, en foreløbig oversigt over kommunernes tilbud om palliativ fysioterapi og ergoterapi samt en foreløbig oversigt over antal palliative nøglepersoner.

Aftalen og bilagene findes her:

<http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/aftaler+for+udvalgte+patientgrupper/aftale+vedr-c8-+palliativ+indsats>

Udformningen af den sundhedsfaglige del af aftalen tager udgangspunkt i indholdet og elementer i den generiske model for forløbsprogrammer. Når den generiske model anvendes, skal de sundhedsfaglige indsatser, som kommuner, hospitaler, hospicer og praktiserende læger yder, beskrives.

Langt hovedparten af de indsatser, der er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen, tilbydes i dag. Der foreslås følgende nye indsatser i sundhedsaftalen:

Kommunerne: Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalen indkalder hjemmesygeplejerske til planlægningsmøde med den praktiserende læge, patient og pårørende. Selve planlægningen af mødet vil tage tid, men denne tid vil senere blive "tjent ind" ved, at der er etableret god kommunikation mellem kommunen og den praktiserende læge. Samtidig kan planlægningsmødet være med til at sikre, at der ikke sker u hensigtsmæssige indlæggelser og, at brugen af åbne indlæggelser reduceres. Hvis Det Palliative Team er inddraget, deltager det i stedet for praktiserende læge.

Det foreslås i sundhedsaftalen, at kommunerne tilknytter en kommunal kontaktperson - en hjemmesygeplejerske - til patienten. Det er ikke et lovkrav, at kommunen tilknytter en kontaktperson, men det vil være med til at sikre en bedre intern og ekstern koordinering samt en bedre sammenhæng i forløbene, når praktiserende læge og hospitalet/Det Palliative Team ved, hvem de skal kontakte i kommunen om en given patient.

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hjemmesygeplejerskerne screener for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af et screeningskema. Det vil betyde, at hjemmesygeplejerskerne skal introduceres til brugen af screeningskemaet. Ved at anvende screeningskemaet sikres en tidlig opsporing af palliative symptomer og en tidlig indsats for patienterne. Dette er med til at give patienterne en bedre livskvalitet, hvilket er et væsentligt element i WHO's målsætning for den palliative indsats. Derudover kan screeningen være med til at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser samt sikre, at patienterne behandles på det rette behandlingsniveau (praktiserende læge eller palliativt team).

Det er nyt i sundhedsaftalen, at der skal være en kommunal palliativ nøgleperson i hver kommune. Nogle kommuner har allerede ansat en palliativ nøgleperson. Den palliative nøgleperson er med til at sikre, at der lokalt hurtigt kan ydes hjælp og støtte til hjemmesygeplejersken og det øvrige plejepersonale, når der er behov herfor. Der udbydes en palliativ nøglepersonuddannelse i Region Midtjylland i dag, som kommunerne kan vælge at anvende. Prisen for uddannelsen er kr. 13.404 (2012).

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hjemmesygeplejerskerne kan aftale med den praktiserende læge, at Tryghedskassen ordineres. Tryghedskassen består af medicin og sygeplejeartikler, som lægen kan ordinere til patienten til de sidste levedøgn. Nogle kommuner anvender Tryghedskassen i dag, men i de øvrige kommuner skal hjemmesygeplejerskerne introduceres til brugen af Tryghedskassen.

Endeligt er det nyt for den kommunale indsats, at kommunerne tilbyder opfølgningssamtale efter dødsfald i hjemmet efter en palliativ indsats. Nogle kommuner afholder på nuværende tidspunkt disse samtaler.

#### Hospitalerne: Nyt i forhold til gældende praksis:

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hospitalerne (de relevante sengeafsnit) screener patienterne for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af det screeningskema, som hjemmesygeplejerskerne anvender.

Det er nyt i sundhedsaftalen, at der skal være en palliativ nøgleperson på de relevante somatiske sengeafdelinger (primært medicinske og kirurgiske). Nogle sengeafdelinger har allerede ansat en palliativ nøgleperson. Der udbydes en palliativ nøglepersonuddannelse i Region Midtjylland i dag. Prisen for uddannelsen er kr. 6.191 (2012). Den resterende udgift på kr. 7.213 afholdes af den centrale uddannelsespulje i Region Midtjylland.

#### Almen praksis: Nyt i forhold til gældende praksis:

Det fremgår af sundhedsaftalen, at de praktiserende læger/vagtlæger screener patienterne for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af det screeningskema, som hjemme-



sygeplejerskerne, hospitalerne og hospicerne anvender. Screeningen gennemføres, når den er relevant og hverken hjemmesygeplejersker eller hospitalslæge har screenet patienten. Screeningen er med til at sikre, at patienten tilbydes den rette indsats på det rette behandlingsniveau, at u hensigtsmæssige indlæggelser forebygges og, at brugen af åbne indlæggelser reduceres.

Derudover er det beskrevet i sundhedsaftalen, at den praktiserende læge deltager i planlægningsmøde sammen med kommunen.

Sundhedsaftalen lægges i regionens e-dok til brug for hospitalerne og de kommuner, der anvender regionens e-dok. Der udarbejdes en lommehåndbog, som sendes til kommunerne, hospitalerne og de praktiserende læger. En redigeret version af aftalen lægges på [www.praksis.dk](http://www.praksis.dk) til brug for de praktiserende læger.

### **Konklusion**

Birgitte Bach, områdeleder, Horsens Kommune gennemgik sundhedsaftalen. Der var bemærkninger til screeningskemaet EORTO, om forventninger til en score for hvornår man laver en indsats – men det er der ikke. Skemaet er det bedste evidensbaserede der findes og skal bruges som det er. Det generelle indtryk fra mødedeltagere var, at alle tilkendegav at palliations området fungerer rigtig godt og at man er langt med implementeringen. På nuværende tidspunkt findes denne oversigt over antal palliative nøglepersoner: Denne oversigt viser antal palliative nøglepersoner der er i kommunerne:

<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Den%20generelle%20aftale/Aftaler%20vedr%20udvalgte%20patientgrupper/Palliation/Antal%20palliative%20nøglepersoner%20i%20kommunerne%20og%20på%20hospitalerne.pdf>

Aftalen kommer snarest i E-dok

## **4. Sundhedsaftalen for personer med demens**

### **Indstilling**

- At klyngen aftaler, hvordan sundhedsaftalen implementeres.

### **Sagsfremstilling**

Nedenstående sagsfremstilling er en orientering fra Nære Sundhedstilbud, Viborg.

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt sundhedsaftalen for personer med demens.

Aftalen behandles politisk i kommunalbestyrelserne og Regionsrådet i perioden januar – marts 2012. Aftalen træder i kraft den 1. marts 2012.

En arbejdsgruppe bestående af klyngerepræsentanter fra kommunerne (Aarhus, Holstebro, Horsens, Favrskov, Randers og Skive), læge- og sygeplejerepræsentanter fra hospitalsafdelinger ((geronto)psykiatri, geriatri og neurologi), repræsentanter for praksissektoren og ad-

ministrationen i Region Midtjylland har udarbejdet udkastet til sundhedsaftalen om indsatsen på demensområdet.

Sundhedsaftalen består af en politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig del (lommehåndbog). Ud over sundhedsaftalen er der udarbejdet et notat om den lovgivning, der er særligt relevant på demensområdet, en kortlægning af kommunernes samarbejde med frivillige organisationer om tilbud på demensområdet, en kortlægning af kompetencer vedrørende demens på basis- og specialniveauer samt en oversigt over demenskonsulenter i kommunerne.

Aftalen og bilagene findes her:

<http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/aftaler+for+udvalgte+patientgrupper/aftale+vedr-c8-+demens>

Udformningen af den sundhedsfaglige del af aftalen tager udgangspunkt i indhold og elementer i den generiske model for forløbsprogrammer. Dette begrundes i, at den nationale handlingsplan for demensindsatsen fra 2010 anbefaler at anvende et forløbsprogram som ramme for demensindsatsen. Herved kan kommende kliniske retningslinjer, som handlingsplanen også anbefaler udarbejdet, let indarbejdes i den nuværende aftale.

Når den generiske model anvendes, skal de sundhedsfaglige indsatser og tilbud, som kommuner, hospitaler og praktiserende læger yder, beskrives. Dette medfører, at den sundhedsfaglige del af aftalen bliver omfattende. Da aftalen er en samordning af de aftaler og indsatser, som allerede foregår i dag, sker langt hovedparten af de indsatser, som er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen allerede. En undtagelse er tiltaget om en kommunal sundhedsfaglig kontaktperson.

Sundhedsaftalens sundhedsfaglige del kan anvendes af sundhedspersonalet til at danne sig et overblik over mulige indsatser og løsninger på problemstillinger i forbindelse med personer med demens.

Der er lavet oplysningsmateriale finansieret af Socialstyrelsen (tidligere Servicestyrelsen) i form af lommehåndbøger og af plakater, som kan hænges op på steder, hvor personalet færdes. Lommehåndbøger og plakater er udsendt til kommuner, hospitaler og lægehuse i regionen.

I den sundhedsfaglige del af aftalen foreslås følgende nye indsatser på demensområdet:

#### Kommuner – Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalen har kommunerne til opgave at tilknytte en sundhedsfaglig kontaktperson - en hjemmesygeplejerske - til patienten. Det er ikke et lovkrav, at kommunen tilknytter en sundhedsfaglig kontaktperson i hjemmesygeplejen, men det vil være med til at

sikre en bedre intern og ekstern sammenhæng i forløbene. På den måde tages der bedst muligt hånd om de særlige behov hos personen med demens og de pårørende, og praktiserende læge og hospital ved, hvem de skal kontakte i kommunen om en given patient.

Det kommunale sundhedspersonale skal medvirke i de følgende foreslåede indsatsområder i sundhedsaftalen: Tidlig opsporing af demens, fordi tidlig antidemensbehandling har en bedre effekt, og i tidlig opsporing af sygdomme hos personer med demens, da de ofte lider af somatiske sygdomme uden at kunne give udtryk herfor.

Desuden foreslås, at demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson skal hjælpe den praktiserende læge med at indsamle relevante observationer hos personer, hvor der er mistanke om demens og derved medvirke til tidlig opsporing og udredning af demens. Det vil være med til at sikre en kvalificeret udredning og forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

I sundhedsaftalen indgår også, at demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson medvirker i opfølgningen af demenssygdommen hos berørte patienter. Det sker ved, at de planlægger og evt. deltager i en opfølgningssamtale hos praktiserende læge, hvis det er muligt for personen med demens. Hvis dette ikke er muligt, da ved opfølgning i hjemmet sammen med patient, pårørende og den sundhedsfaglige kontaktperson.

Sundhedsaftalen bygger på, at der er kommunale demenskonsulenter i hver kommune. En kortlægning af kommunale demenskonsulenter har vist, at alle kommuner i regionen har demenskonsulenter/-koordinatorer.

#### Hospitaller – Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalen skal relevant udredning af demens foregå på specialiseret lægefagligt niveau og -område. Dette vurderes ud fra funktionsevner og funktionsproblemer hos den udredte person. Det begrundes med, at de nyere avancerede undersøgelsesmetoder, som findes i dag, kan stille en mere præcis demensdiagnose (type af demens), og at der kan igangsættes medicinsk antidemensbehandling, som kun kan iværksættes af de lægelige specialister på området (neurolog, (geronto)psykiater og geriater). Derved kan der ydes den bedst mulige demensbehandling og -indsats til såvel personen m. demens som dennes pårørende.

Ifølge sundhedsaftalen skal udredning af demens ske ud fra symptombilledet hos personen, hvor der er mistanke om demens, og på det udredningssted hvor den rette lægefaglige ekspertise findes i forhold til de udviste symptomer. Herved vil personer med demens få en mere korrekt udredning og demensbehandling.

Desuden lægges der i aftalen op til, at de relevante almindelige somatiske sengeafsnit (hyppigst medicinske og kirurgiske) medvirker til tidlig opsporing af demens. Derfor foreslås det, at de relevante sengeafsnit får en demensnøgleperson, der har specifik viden på demensområdet.

### Praktiserende læger – Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalens nye retningslinjer for udredningssted ud fra symptombillede, skal praktiserende læger ændre henvisningspraksis ved demensudredning.

Sundhedsaftalen lægger desuden op til, at den praktiserende læge kan indhente oplysninger fra de kommunale demenskonsulenter, når der er behov for yderligere oplysninger vedrørende personen, om hvem der er mistanke om demens.

I forhold til opfølgning efter iværksat behandling lægger aftalen op til, at praktiserende læge mindst én gang årligt foretager en opfølgningssamtale i lægekonsultationen, hvis personen med demens kan dette, eller ved opfølgningssamtale i hjemmet. Ved denne opfølgning deltagere demenskonsulent eller den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson. Det er også denne, der planlægger opfølgningen.

Sundhedsaftalen lægges ind i regionens e-Dok til brug for hospitalerne og de kommuner, der anvender e-Dok. Til de praktiserende læger skal der udarbejdes en reduceret udgave af sundhedsaftalens sundhedsfaglige del, så kun indhold, som er relevant for disse, lægges på [www.praksis.dk](http://www.praksis.dk).

### **Konklusion**

Susanne Rasmussen, ledende sygeplejerske, Regions Psykiatrien Horsens gennemgik sundhedsaftalen. Det blev aftalt at kommuner og hospital hver især arbejder videre med implementering af sundhedsaftalen. Aftalen kommer snarest i E-dok, hvor der kommer link med oversigt over kontaktpersoner.

## **Korte punkter**

### **5. Ikast-Brande Kommune ønsker at udtræde af Horsensklyngen Indstilling**

- Drøftelse og beslutning vedrørende Ikast-Brande Kommunes ønske om, at udtræde af Horsensklyngen.

### **Sagsfremstilling**

Ikast-Brande Kommune ønsker at udtræde af Horsens Klyngen.

Ikast-Brande kommune har siden kommunalreformen i 2007 deltaget i både Vestklyngen og Horsensklyngen. Det har givet god mening i opstartsfasen at deltage i begge klynger med henblik på at skabe gode samarbejdsrelationer. Der er etableret et godt og konstruktivt samarbejde med Regionshospitalet Horsens og kommunerne i Horsens klyngen.

Størstedelen af de borgere fra Ikast-Brande Kommune, der indlægges er indlagt på Hospitals-

enheden Vest 63 % og kun 6 % på Regionshospitalet Horsens. Derfor vurderer Ikast-Brande Kommune, at der ikke giver mening at fortsætte i to klynger og ønsker dermed at udtræde af Horsensklyngen pr. 1. april 2012.

Der ønskes bibeholdt et årligt samarbejds møde med Regionshospitalet Horsens. Desuden vil Ikast-Brande Kommune fortsætte i relevante projekter i samarbejde med kommuner og Hospital i Horsens klyngen.

### **Konklusion**

Ikast-Brande Kommune udtræder af Horsens klyngen pr. 1. april 2012. Der blev gensidigt udtrykt stor tak for det gode samarbejde hinanden imellem i Horsens klyngen.

HE Horsens ønsker fortsat at samarbejde med Ikast-Brande Kommune, dog ikke ved ét fast møde årligt som foreslået, men at det aftales ad hoc.

## **6. Status for det tværsektorielle samarbejde**

### **Indstilling**

- At orientere om statusnotat for det tværsektorielt samarbejde samt status for aftaler ved de bilaterale møder.
- At drøfte hvorvidt klyngestyregruppen deler hospitalledelsens bemærkninger.

### **Sagsfremstilling**

Hospitalsledelsen har bedt om en status for aftaler på det tværsektorielle område. På denne baggrund er der udarbejdet et statusnotat pr. 1. december 2011. Hospitalsledelsen har drøftet statusnotatet og bemærker, at antallet af aftaler er særdeles omfattende og finder det hensigtsmæssigt, hvis man på de kommende bilaterale møder tilpasser antallet af de nye aftaler, til et realistisk niveau under hensyntagen til ressourcer i kommuner og på hospitalet. Derudover bemærker hospitalsledelsen, at de vigtige indsatsområder for 2012 bør være omlægning af neurologien, nedbringe uhensigtsmæssige indlæggelser samt sikre gode udskrivelser.

Bilag:           - Statusnotat for tværsektorielt samarbejde.  
                  - Aftaler fra bilaterale møder med Skanderborg, Odder, Hedensted, Ikast-Brande og Horsens Kommune pr. 1/12 2011.

### **Konklusion**

Alle delte hospitalsledelsens bemærkninger om at tilpasse antallet af nye aftaler på de bilateralemøder her i foråret 2012. Dette skal endvidere ses med baggrund i vigtige indsatsområder for 2012 og opgaver i forbindelse med Ide- og udviklingskataloget i det nære sundhedsvæsen samt implementeringen af neurologioplægningen.

## 7. Bilaterale møder

### Indstilling

- At orientere og godkende forslag til planlægning af bilaterale møder.

### Sagsfremstilling

Siden sidste klyngestyregruppemøde har der været henvendelser om, hvordan opgavefordelingen forløber i forbindelse med planlægning af de bilaterale møder.

HE Horsens har derfor udarbejdet dette forslag.

#### Planlægning og afholdelse af bilaterale møder.

Der afholdes 2 bilaterale møder om året for hver kommune. Forårets bilaterale møder afholdes på Hospitalsenheden Horsens og efterårets bilaterale møder afholdes i kommunen. Der hvor mødet afholdes bookes mødelokale samt forplejning.

Uge(r) før mødet	Opgave i forbindelse med afholdelse af bilaterale møder.
Senest 4	HE Horsens indkalder dagsordenspunkter fra kommunen. Kommunen informerer i god tid egne kolleger om mødedato mv.
Senest 2	Kommunen sender dagsordenspunkter til sundhedsfaglig konsulent, HE Horsens.
Senest 1	HE Horsens udsender dagsorden til mødet. Kommunen videresender dagsorden, ved behov herfor.
Max. 3 uger e. mødet	HE Horsens sender referat fra mødet. Kommer der ikke kommentarer til referatet to uger efter udsendelse, er referatet godkendt.

Generelt planlægges mødedatoer for klyngestyregruppemøder og bilaterale møder på efterårets klyngestyregruppemøde.

### Konklusion

Forslag til planlægning og afholdelse af bilaterale møder blev godkendt.

## 8. Folkesundhed i Midten

### Indstilling

- At drøfte og indstille kommunal- og hospitals repræsentation fra Horsensklyngen til Folkesundhed i Midten for perioden 2012 – 2013.

### Sagsfremstilling

Den nuværende repræsentation i Folkesund i Midten er gældende for 2009 – 2010. Ved en fejl er der ikke blevet udpeget nye repræsentanter for 2011, hvorfor de repræsentanter der bliver udpeget nu vil deltage i perioden 2012 – 2013.

Horsensklyngens nuværende repræsentation i Folkesundhed i Midten udgøres af:

- Sundhedskoordinator, Malene Herbsleb, Odder Kommune
- Ledende terapeut, Lene Lange, HE Horsens (suppleant)

Folkesundhed i Midten, Det faglige udvalg nævner at repræsentationen består af:

- repræsentanter fra klyngerne (hidtil 6 klynger)
- repræsentanter fra de 5 nævnte forsknings- og udviklingsmiljøer

Det er bestyrelsen (alias Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen), der er ansvarlig for sammensætningen efter indstilling fra de pågældende enheder. Udpegningen gælder for en tidsbegrænset periode på 2 år ad gangen. Tilbage melding ønskes inden den 11. april 2012.

Bilag: Folkesundhed i Midten – Kommissorium

### **Konklusion**

Der var ønske om genvalg og ingen modkandidater.

Horsensklyngens repræsentation i Folkesundhed i Midten for 2012 – 2013 udgøres af:

- Sundhedskoordinator, Malene Herbsleb, Odder Kommune
- Ledende terapeut, Lene Lange, HE Horsens (suppleant)

## **9. Opfølgning til sundhedsaftale skema**

### **Indstilling**

- At orientere om udfyldelse af skema over udvalgte politiske mål for Horsensklyngen.
- At drøfte fremtidig organisering af forløbsprogrammer, herunder om vi skal have permanente implementeringsgrupper for forløbsprogrammer eller ej.

### **Sagsfremstilling**

I Sundhedsaftale for 2011 – 2014 er der en lang række politiske målsætninger, som temagrupperne har det overordnede ansvar for opfyldes. Men en del af disse er funderet i klyngerne, og derfor skal der ligeledes ske en opfølgning i klyngerne. Bilaget viser de politiske mål, hvor Styregruppen skal godkende opfølgningen og eventuel supplere med yderligere beskrivelse, senest 1. april 2012 til Økonomi- og opfølgingsgruppen.

Horsensklyngens tekst er markeret med blå skrift.

I bilaget, i rubrikken Sundhedsfremme og forebyggelse er status, at to forløbsprogramgrupper ikke afholder møder mere. Såfremt der sker nyt om forløbsprogrammet rettes henvendelsen til lederen på området, hvilket fungerer godt. Der er behov for klarhed omkring den fremadrettede organisering.

Bilag: Skema over udvalgte politiske mål.

### **Konklusion**

Udfyldelse af skema blev godkendt. Herefter blev organiseringen af forløbsprogrammerne fremadrettet drøftet, hvor der var synspunkter for og imod vedrørende vedligeholdelse / opfølgning af forløbsprogrammerne. Konklusionen blev at kommunerne melder navn(e) på

dem som er kontaktpersoner for forløbsprogrammerne for henholdsvis DM, KOL og AKS til HE Horsens, således at der kan ske henvendelse til de rette personer ved behov herfor. Ligeledes opdaterer HE Horsens med aktuelle navne for forløbsprogrammerne. Der etableres således ikke yderligere møder for forløbsprogrammerne for DM og KOL. Det blev foreslået at status for forløbsprogrammerne drøftes hvert forår til det bilaterale møde.

## Orienteringspunkter

### 10. Evaluering af sundhedsaftalerne

#### Indstilling

- At orienteringen tages til efterretning.

#### Sagsfremstilling

Nedenstående sagsfremstilling er en orientering sendt fra Nære Sundhedstilbud, Viborg. Sundhedsstyrelsen har foretaget en evaluering af sundhedsaftalerne. Evalueringen er centreret omkring initiativer, der dels kan understøtte videndeling på området blandt kommuner, region, almen praksis og øvrige relevante aktører, og dels på længere sigt kan understøtte regioners og kommuners opfølgning på sundhedsaftalerne.

Sundhedsstyrelse er endvidere på baggrund af denne evaluering ved at udvikle nationale indikatorer, som regioner og kommuner kan anvende til deres opfølgning på sundhedsaftalerne. Disse indikatorer forventer Sundhedsstyrelse af kunne offentliggøre i 2012.

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalen kan læses på:

<http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/SundhedsaftalerEvaluering.aspx>

Her kan ligeledes findes samtlige bilag til evalueringen.

#### Konklusion

I referatet medsendes følgende:

- Evaluering af sundhedsaftalerne – oversigtsskema og indikatorer
- Evaluering af sundhedsaftalerne - notat

### 11. Satspuljemidler vedr. den ældre medicinske patient

#### Indstilling

- At orienteringen tages til efterretning.

#### Sagsfremstilling

Nedenstående sagsfremstilling er en orientering sendt fra Nære Sundhedstilbud, Viborg.



Regeringen og satspuljepartierne har med satspuljeaftalen for 2012 afsat 200,4 mio. kr. i perioden 2012-2015 til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Handlingsplanen bygger bl.a. på Sundhedsstyrelsens oplæg om "Styrket indsats for den ældre medicinske patient", og den indeholder 11 konkrete initiativer, der skal forebygge genindlæggelser, sikre sammenhæng i patientforløbet og en systematisk medicinafstemning. Den nationale handlingsplan skal understøtte samarbejdet på tværs af sektorer for at sikre et godt og sammenhængende patientforløb.

Formålet med handlingsplanen er at sikre et generelt kvalitetsløft ved at kickstarte og understøtte allerede eksisterende initiativer for den ældre medicinske patient. Der skal skabes tryghed og høj kvalitet i patientforløbet fra kontakten til egen praktiserende læge over indlæggelsen, og i det videre forløb i eget hjem.

Vedhæftet bilag er udgiftsprofilen for initiativer i den nationale handlingsplan. Herunder er der bl.a. afsat 45 mio. kr. i alt til opfølgende hjemmebesøg, 20 mio. kr. i alt til styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud, og 97,4 mio. kr. i alt til fælles regionale -kommunale forløbskoordinatorfunktioner.

Regeringen vil drøfte den konkrete udmøntning af initiativerne nærmere med Danske Regioner og KL. På baggrund af disse drøftelser vil der blive udarbejdet en udmøntningsplan i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL. I udmøntningsplanen vil der blive fastlagt milepæle og konkrete målsætninger for de enkelte initiativer, som alle vil være forpligtet til at overholde. Udmøntningen af den nationale handlingsplan vil blive nøje fulgt af styregruppen for den ældre medicinske patient.

### **Konklusion**

AC-fuldmægtig, Christine W. Lauritzen, Nære Sundhedstilbud eftersender notat til klyngestyregruppen, fra ministeriet - når det kommer.

## **12. Dataudtræk på klyngeniveau**

### **Indstilling**

- At orientere om svar fra den regionale temagruppe om økonomi- og opfølgning.

### **Sagsfremstilling**

På forrige klyngestyregruppemøde var der ønske om at arbejde med flere dataudtræk vedrørende patienter og patientforløb, hvorfor temagruppen om økonomi- og opfølgning blev spurgt om at bidrage hertil. Den regionale temagruppe om økonomi og opfølgning har ikke mulighed for at hjælpe med disse dataudtræk, hvorfor de regionale nøgletal fortsat anvendes fremover.

**Konklusion**

Den 23. marts 2012 er der sendt mail til repræsentanter i klyngestyregruppen, om en ny analyse af hospitalsforbrug med fokus på forskelle på kommuneforbrug.

**13. Opfølgning korrespondancemodulet****Indstilling**

- At orientere om status på korrespondancemodulet siden sidste klyngestyregruppemøde.

**Sagsfremstilling**

Det er planlagt at, MidtEpj er implementeret sidst i maj 2012 på Hospitalsenheden Horsens. MidtEpj indeholder et korrespondancemodul, hvorfra en væsentlig del af MedComs meddelelser kan anvendes.

**Konklusion**

Ved implementering af MidtEPJ den 21. maj 2012 kan HE Horsens sende og modtage elektroniske korrespondancer (MedCom DIS91) med samarbejdspartnere. Det betyder at HE Horsens, fx vil kunne sende en udskrivningsrapport til kommunen eller modtage en korrespondance fra en praktiserende læge. Der indkaldes snarest til møde om etablering af elektroniske korrespondancer med repræsentanter fra hospital, kommune og almen praksis.

**14. Status forløbsprogram for hoftenærer frakturer****Indstilling**

- At orientere om status for forløbsprogram for hoftenærer frakturer.

**Sagsfremstilling**

I august 2008 startede arbejdet med at revidere forløbsprogrammet for hoftebrudspatienter. Forløbsprogrammet inddrager de anbefalinger der ligger i den reviderede udgave af referenceprogrammet, der udkom i 2008. Forløbsprogrammet lå klar til implementering i juni 2009. I 2011 er der udarbejdet en effektevaluering og i 2013 udarbejdes den afsluttende rapport.

**Konklusion**

Forløbsprogrammet kører som planlagt.

**15. Videokonference ved udskrivelse****Indstilling**

- At orientere og videndele om erfaringer fra videoudskrivelseskonferencer mellem Odder Kommune og afd. P7, HE Horsens.

**Sagsfremstilling**

Elektronisk kommunikation kan bidrage til optimering af patientforløb. Odder Kommune og medicinsk afdeling P7 er i opstartsfasen vedrørende afholdelse af videokonferencer i forbindelse med udskrivelse. Status er, at kommunen tidligere kørte til Hospitalsenheden Horsens når der var behov for udskrivningskonference, hvilket nu er erstattet af videokonference med de implicerede parter. Det fungerer godt og ordningen ønskes udvidet til andre relevante afdelinger. Antallet af udskrivningskonferencer er ikke øget, og meget koordinering sker fortsat pr. tlf.

**Konklusion**

Det har været nemt at komme igang med telekonferencer for Odder Kommune og afd. P7. Der er ønske om at udbrede disse videokonferencer, hvilket der arbejdes videre med i den nærmeste fremtid.

**16. Evt.****16.A Opfølgende hjemmebesøg****Indstilling**

- Orientering og beslutning til Klyngestyregruppen vedrørende opfølgende hjemmebesøg i Horsens klyngen

**Sagsfremstilling**

Implementeringsgruppen er påbegyndt sit arbejde, og har afholdt 4 møder.

Der planlægges at starte opfølgende hjemmebesøg i kommunerne i klyngen fra 4. september 2012. Iværksættelse af opfølgende hjemmebesøg er planlagt til efter sommerferien, dels fordi det giver bedre mulighed for forankring af processen inden et større slip som følge af ferie, dels fordi det giver mulighed for at afvente, at screeningsredskabet er færdigudviklet, og implementeret i EPJ med henblik på elektronisk kommunikation på tværs af sektorgrænser (i først omgang i form af en korrespondancemeddelelse).

Hedensted Kommune har endnu ikke besluttet, om kommunen vil implementere opfølgende hjemmebesøg. Hedensted Kommune deltager i implementeringsgruppen med observatørstatus.

Implementeringsgruppen indstiller, at klyngestyregruppen godkender udskydelse af iværksættelse af opfølgende hjemmebesøg til startdato 4. september 2012.

**Konklusion**

Der er enighed om at udskyde starten på opfølgende hjemmebesøg til 4. september 2012, begrundet i optimering af elektroniske forsendelser.

## **16.B Kørsel ved udskrivelse fra hospital**

### **Indstilling**

- Det drøftes om ventetid på kørsel ved udskrivelse er acceptabel.

### **Sagsfremstilling**

Myndighedsleder, Inger Buhl Foged, Horsens Kommune skitsere en problemstilling for kommunen, idet der ved udskrivelse kan gå op til 90 min. ventetid for patienten inden vedkommende hentes på hospitalet og køres hjem. Dette betyder at hjemmeplejen i mange tilfælde også må vente på at borgeren kommer hjem.

### **Konklusion**

Der er enighed om at bringe dette punkt videre til sundhedsstyregruppen, hvorfor AC-fuldmægtig Christine W. Lauritsen, Nære Sundhedstilbud bringer dette punkt videre.

## **16.C Ny repræsentant til regional samarbejdsudvalg fra Horsensklyngen**

### **Indstilling**

- Der ønskes en ny kommunal repræsentant fra Horsensklyngen til det regionale samarbejdsudvalg om hjælpemidler og behandlingsredskaber.

### **Sagsfremstilling**

Den nuværende repræsentant deltager ikke længere i Det regionale samarbejdsudvalg om hjælpemidler og behandlingsredskaber.

### **Konklusion**

Det blev aftalt at Horsens Kommune vil finde en ny repræsentant til det regionale samarbejdsudvalg om hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Det bliver hjælpemiddelkoordinator, Bente Winther Johansen. Mailadr. [bwj@horsens.dk](mailto:bwj@horsens.dk).

Tlf. nr. 7629 2784.