

## Referat fra Klyngestyregruppemøde 20.02.12 på Regionshospitalet Randers.

Mødeleder: Marianne Jensen

Referent: Hanne Mark

### I mødet deltog:

#### **Randers Kommune:**

Sundheds- og ældredirektør Erik Mouritsen, [erik.mouritsen@randers.dk](mailto:erik.mouritsen@randers.dk)

Sundhedschef Lene Jensen, [lene.jensen@randers.dk](mailto:lene.jensen@randers.dk)

Pia Ravnsbæk Bjærge, [pia.ravnsbaek.bjaerge@randers.dk](mailto:pia.ravnsbaek.bjaerge@randers.dk)

#### **Favrskov Kommune:**

Direktør for social- og sundhed Jacob Stengaard Madsen, [jama@favrskov.dk](mailto:jama@favrskov.dk)

Sundhedschef Birgitte Holm Andersen, [biha@favrskov.dk](mailto:biha@favrskov.dk)

Fuldmægtig Sine Møller Sørensen, [sims@favrskov.dk](mailto:sims@favrskov.dk)

Ældrechef Peter Mikkelsen, [pm@favrskov.dk](mailto:pm@favrskov.dk)

#### **Norrdjurs kommune:**

Sundhedschef Pia Moldt, [pm@norrdjurs.dk](mailto:pm@norrdjurs.dk)

#### **Syddjurs Kommune:**

Ældrechef Ingelise Juul, [iju@syddjurs.dk](mailto:iju@syddjurs.dk)

Leder af sundhedsfremme og forebyggelse Marianne Kirkegaard Aude, [mki@syddjurs.dk](mailto:mki@syddjurs.dk)

#### **PLO – Region Midtjylland:**

Birgitte Borup [krojgaardborup@mail.dk](mailto:krojgaardborup@mail.dk)

#### **Regionshospitalet Randers/Grenå:**

Chefsygeplejerske Marianne Jensen, [Chefspl.Marianne.Jensen@randers.rm.dk](mailto:Chefspl.Marianne.Jensen@randers.rm.dk)

Praksiskoordinator Svend Kier, [kier@dadlnet.dk](mailto:kier@dadlnet.dk)

Specialkonsulent Hanne Mark, [hanne.mark@randers.rm.dk](mailto:hanne.mark@randers.rm.dk)

#### **Region Midtjylland:**

Fuldmægtig Christine Winding- Lauritzen, [christine.winding-lauritzen@stab.rm.dk](mailto:christine.winding-lauritzen@stab.rm.dk)

#### **Fraværende:**

##### **Randers Kommune:**

Sundhedsøkonom Jan Væring, [jan.vaering@randers.dk](mailto:jan.vaering@randers.dk)

##### **Favrskov Kommune:**

Praksiskonsulent Poul Kraghede, [kraghede@dadlnet.dk](mailto:kraghede@dadlnet.dk)

##### **Norrdjurs Kommune:**

Socialdirektør Kenneth Koed Nielsen, [kenneth.koed.nielsen@norrdjurs.dk](mailto:kenneth.koed.nielsen@norrdjurs.dk)

Kultur- og udviklingsdirektør Peter Hjulmand Nielsen, [phn@norrdjurs.dk](mailto:phn@norrdjurs.dk)

Praksiskonsulent Søren Dujardin, [Dujardin@dadlnet.dk](mailto:Dujardin@dadlnet.dk)

##### **Syddjurs Kommune:**

Direktør for sundhed-, social- og arbejdsmarked Jørgen Andersen, [ja@syddjurs.dk](mailto:ja@syddjurs.dk)

Økonomikoordinator Else Pedersen, [epd@syddjurs.dk](mailto:epd@syddjurs.dk)

**Kommunernes kontaktråd:**

Konsulent Jonna Holm Pedersen, [jhp@kl.dk](mailto:jhp@kl.dk)

**Regionshospitalet Randers/Grenå:**

Hospitalsdirektør Thomas Pazyj, [thom.pazyj@r.dk](mailto:thom.pazyj@r.dk)

Cheflæge Lone Winther Jensen, [Lone.w.Jensen@randers.rm.dk](mailto:Lone.w.Jensen@randers.rm.dk)

**Region Midtjylland:**

Kontorchef Jens Bejer Damgaard, [jens.damgaard@stab.rm.dk](mailto:jens.damgaard@stab.rm.dk)

Fuldmægtig Linda Kirkegaard, [linda.kirkegaard@stab.rm.dk](mailto:linda.kirkegaard@stab.rm.dk)

Kontorchef for Folkesundhed Kirsten Vinther – Jensen, [kirsten.vinter-jensen@stab.rm.dk](mailto:kirsten.vinter-jensen@stab.rm.dk)

**Dagsorden:**

1. Omlægning af neurologien i Region Midtjylland ved Regionen
2. Lokal status på omlægningen af det neurologisk område ved Hospitalsledelsen
3. Sundhedsaftalen vedr. den palliative indsats ved Birgitte Nielsen, Syddjurs kommune og Conny Elmstrøm, Regionshospitalet Randers.
4. Sundhedsaftalen for personer med demens ved Christine Winding- Lauritzen, Regionen
5. Evaluering af sundhedsaftalerne ved Christine Winding- Lauritzen, Regionen
6. Satspuljemidler vedr. den ældre medicinske patient ved Christine Winding- Lauritzen, Regionen
7. Konsekvenser af besparelserne opfølgning fra mødet 12.09.11 ved Hospitalsledelsen
8. Opfølgende hjemmebesøg ved Hospitalet
9. Visionsdag for almen praksis 20.03.12 ved Hospitalsledelsen
10. Status på projekt Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen ved Favrskov Kommune
11. Orientering om analyse af aktivitetsbestemt medfinansiering ved Favrskov Kommune
12. Udkast til lokal samarbejdsaftale om undervisning – se bilag ved Hospitalet
13. Udkast kommissorium Faglig Følgegruppe – se bilag ved Hospitalet
14. Oversigt over sundhedsaftaler – se bilag ved Hospitalet
15. Analyse af genoptræningsområdet – se bilag ved Hospitalet
16. Afledte hjælpemidler ved Hospitalet
17. Ide - og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen. Bilag udsendt ved Hospitalet
18. Evt.
19. Næste møde

Emne	Ansv ar
<p><b>AD. 1: Omlægning af neurologien i Region Midtjylland</b></p> <p><b>Beslutning:</b> Orienteringen taget til efterretning Det økonomiske notat behandles i Sundhedskoordinationsudvalget 05.03.12</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> 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 imødekommer sparekravet, og som er i overensstemmelse med det neurologiske specialeråds anbefalinger samt Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011.</p> <p>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</p>	

<p>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.</p> <p>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 ambulant, 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.</p> <p>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. Ligeledes 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.</p> <p>Med omlægningen vil alle regionens borgere modtage et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet.</p> <p>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.</p> <p>Det overdragelsesdokument, som implementeringsgruppen er ved at udarbejde, præsenteres for Sundhedsstyregruppen den 9. februar 2012 og for Sundhedskoordinationsudvalget den 5. marts 2012.</p> <p>Implementeringsgruppen består af repræsentanter fra hospitalerne, kommunerne, praksissektoren og administrationen i Region Midtjylland.</p> <p>Ændringerne forventes at træde i kraft 1. maj 2012.</p> <p><u>Drøftelse:</u> Det økonomiske notat er endnu ikke færdigt.</p>	
<p><b>AD. 2: Lokal status på omlægningen af det neurologiske område – Hospitalsledelsen:</b></p> <p><u>Beslutning:</u> Afdelingsledelsen medicinsk afdeling kontakter de enkelte kommuner med henblik på konkrete aftaler. Kommunerne melder navne på kontaktpersoner til Hanne Mark.</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u> Alle patienter modtages i Århus med henblik på trombolyse fra 01.05.12. Behandlingen vil øge fagligheden. Patienterne vil være indlagt i Århus i ca. 3 dage, hvorefter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De fleste vil blive udskrevet til rehabilitering i eget hjem</li> <li>• Nogle overflyttes til rehabilitering på hovedfunktionsniveau ( Regionshospitalet Randers)</li> <li>• Nogle overflyttes til rehabilitering på regionalt niveau (Skive eller Lemvig)</li> <li>• Nogle overflyttes til højt specialiseret rehabilitering (Hammel)</li> </ul> <p>Der er etableret udgående teams på hospitalet bestående af læge, sygeplejerske og terapeut.</p>	<p><b>Kom-muner senest 01.03.12</b></p>

<p>Hospitalet lukker 4 akutsenge 01.05.12. Der sker gradvis sengereduktion af rehabiliteringssengene indtil 2014. Hospitalet har nedsat en styregruppe, der skal sikre implementering.</p> <p><u>Drøftelse:</u> Rehabilitering i eget hjem blev drøftet. Hvilke opgaver er hospitalets og hvilke er kommunens? Det udgående team tilbyder behandling, men kun pleje, hvis det er som led i behandling, f.eks. træning af ADL funktioner. PL er spændte på, hvordan det vil fungere. Snitfladen til almen praksis er ikke tydelig.</p>	
<p><b>AD. 3: Sundhedsaftalen vedr. den palliative indsats ved Birgitte Nielsen</b></p> <p><b>Beslutning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hanne Mark udsender invitation til informationsdagen 12.03.12</li> <li>• Implementering af aftalen starter efter informationsdagen.</li> <li>• Christine Winding- Lauritzen bringer problemstillingerne i forhold til PL op i regionen.</li> </ul> <p><b>Sagsfremstilling:</b> 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Aftalen og bilagene findes her: <a href="http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/aftaler+for+udvalgte+p+atientgrupper/aftale+vedr-c8-+palliativ+indsats">http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/aftaler+for+udvalgte+p+atientgrupper/aftale+vedr-c8-+palliativ+indsats</a></p> <p>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.</p> <p>Langt hovedparten af de indsatser, der er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen, tilbydes i dag. Der foreslås følgende nye indsatser i sundhedsaftalen:</p> <p><b>Kommunerne: Nyt i forhold til gældende praksis:</b> 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.</p> <p>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</p>	<p>Sendt ud 21.02.12</p>

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 hjemmesygeplejerskerne, 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 uhensigtsmæssige 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.

<p>Sundhedsaftalen blev kort gennemgået med fokus på det nye i aftalen, bl.a. at sundhedsaftalen omfatter alle uheldsbredeligt syge, kommunale kontaktpersoner, palliative nøglepersoner, symptomscreeningsskema og planlægningsamtaler. Der er informationsdag om sundhedsaftalen 12.03.12. Der bliver udsendt lommehåndbøger.</p> <p><u>Drøftelse:</u> PL mangler information om aftalen og invitation til informationsdagen om sundhedsaftalen. PL er ikke klar til implementering, da der er flere uafklarede punkter i forhold til PL - Bl.a. honorering for planlægningsbesøg.</p>	
<p><b>AD. 4: Sundhedsaftalen for personer med demens ved Regionen:</b></p> <p><b>Beslutning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er planlagt Fælles skolebænk, hvor sundhedsaftalen præsenteres 20.03.12.</li> </ul> <p><b>Sagsfremstilling:</b> 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.</p> <p>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 administrationen i Region Midtjylland har udarbejdet udkastet til sundhedsaftalen om indsatsen på demensområdet.</p> <p>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 specialistniveau samt en oversigt over demenskonsulenter i kommunerne.</p> <p>Aftalen og bilagene findes her:  <a href="http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/aftaler+for+udvalgte+p+atientgrupper/aftale+vedr-c8-+demens">http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/aftaler+for+udvalgte+p+atientgrupper/aftale+vedr-c8-+demens</a></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Der er lavet oplysningsmateriale finansieret af Socialstyrelsen (tidligere Servicestyrelsen) i form af lommehåndbøger og af plakater, som kan hænges op på</p>	

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 uhensigtsmæssige 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.

#### Hospitaler – 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:

<p>Ifølge sundhedsaftalens nye retningslinjer for udredningssted ud fra symptombillede, skal praktiserende læger ændre henvisningspraksis ved demensudredning.</p> <p>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.</p> <p>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 deltager demenskonsulent eller den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson. Det er også denne, der planlægger opfølgningen.</p> <p>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 <a href="http://www.praksis.dk">www.praksis.dk</a>.</p> <p><u>Drøftelse:</u> Overenskomsten rummer mulighed for, at PL kan tilbyde 2 årlige kontroller af demente..</p>	
<p><b>Ad. 5: Evaluering af sundhedsaftalerne ved Regionen:</b>  <b>Beslutning:</b> Regionens notat udsendes til styregruppen</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> 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.</p> <p>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.</p> <p>Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalen kan læses på:  <a href="http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/SundhedsaftalerEvaluering.aspx">http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/SundhedsaftalerEvaluering.aspx</a>  Her kan ligeledes findes samtlige bilag til evalueringen.</p> <p><u>Drøftelse:</u> Det oplyses, at regionen er ved at udarbejde et notat om evalueringsrapporten.</p>	Christi ne Win- ding- Lauritz en
<p><b>AD. 6: Satspuljer vedr. den ældre medicinske patient:</b>  <b>Beslutning:</b> Christine Winding- Lauritzen undersøger, hvornår der skal ansøges og melder det ud til klyngen.</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> 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 b. la. 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.</p> <p>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.</p>	Christi ne Windin g- Lauritz en



<p>Vedhæftet bilag er udgiftsprofilen for initiativer i den nationale handlingsplan. Herunder er der b. la. 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.</p> <p>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.</p> <p>Bilag: Udgiftsprofil</p> <p><u>Drøftelse:</u> Muligheder for ansøgning af midler drøftes. Klyngen bør tale forslag igennem, således at det tænkes ind i samarbejdet.</p>	
<p><b>AD. 7: konsekvenser af besparelserne – opfølgning far mødet 12.09.11:</b> <b>Beslutning:</b> Orienteringen blev taget til efterretning</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> Hospitalet var i 2011 igennem store besparelser. På mødet 12.09.11 oplyste HL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvaliteten i udredning og behandling ville blive fastholdt eller forbedret – der ses forbedring af NIP tal</li> <li>• Hospitalet ville arbejde på at reducere interne ventetider på undersøgelser for at opnå hurtigere patientforløb – den gennemsnitlige liggetid i 2. halvår 2010 var <b>3.05</b> dage og i 2. halvår 2011 <b>2.83</b> dage.</li> <li>• Hospitalet ville arbejde på at få en geriater til hospitalet – stillingen har været i opslag og der var ingen ansøgere. Hospitalet indleder at samarbejde med Århus Sygehus.</li> <li>• Der er nedlagt 17 medicinske senge</li> <li>• Blodprøveafhentning ved praktiserende læger. Trods fornyet udbud forventes startdato er uændret (01.06.12). Der forventes afhentning af blodprøver 2 gange dagligt.</li> <li>• Som særligt fokusområde, arbejdes der med at forebygge komplikationer under indlæggelsen. P.t. analyseres alle dødsfald i 4. kvartal 2011. Specialkonsulent Susanne Lauritzen har fokus på området.</li> <li>• Der arbejdes meget med at højne fagligheden, bl.a. implementering af ny klinisk viden.</li> <li>• Ny akutmodtagelse (afdeling Q) er åbnet 01.01.12. Afdelingen havde en hård start med mange patienter. Der arbejdes p.t. med at få den rigtige fordeling af senge på hospitalets afdelinger.</li> </ul> <p><u>Drøftelse:</u> PL gjorde opmærksom på, at det afgørende i forhold til blodprøverne er kvaliteten. De praktiserende læger er spændte på ordningen.</p>	
<p><b>AD. 8: Opfølgende hjemmebesøg ved hospitalet:</b> <b>Beslutning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orienteringen blev taget til efterretning.</li> <li>• Favrskov vil senere fortælle om erfaringer med online omsorg</li> </ul> <p><b>Sagsfremstilling:</b> Opfølgende hjemmebesøg implementeres i Randersklyngen 16.04.12. Opfølgende hjemmebesøg vil blive tilbudt +78 årige, der udskrives fra medicinsk og ortopædkirurgisk afdeling. Arbejdsgange beskrives og aftales p.t. og lokale implementeringsgrupper er etableret i de 4 kommuner og på hospitalet</p> <p><b>Drøftelse:</b> Der er nedsat en arbejdsgruppe i regionen, der arbejder på at forbedre</p>	

<p>screeningskemaet. Favrskov har ønske om, at opfølgende hjemmebesøg også er for patienter under 78 år. Det er p.t. ikke muligt pga. aftalen med PL. Der startes op i Vestklyngen. Favrskov oplyser, at de starter online omsorg.</p>	
<p><b>Ad. 9: Visionsdag for almen praksis 20.03.12 ved Hospitalsledelsen</b> <b>Beslutning:</b> Randers Kommune melder navn på deltager til Hanne Mark.</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> I forbindelse med udarbejdelse af ny Praksisudviklingsplan for Almen Praksis i Region Midtjylland er det besluttet at holde en visionsdag, hvor udviklingen for almen praksis og for samspillet mellem praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen debatteres. Formålet med dagen er at fremme samarbejde og fælles visioner. Deltagerkredsen vil bl.a. omfatte politikere, praktiserende læger, repræsentanter fra hospitalsledelserne samt kommunal repræsentant blandt de kommunale deltagere i klyngestyregruppen. Marianne Jensen og Svend Kier deltager.</p> <p><b>Drøftelse:</b> Favrskov, Norddjurs og Syddjurs kommuner har ikke mulighed for at deltage.</p>	<p>Snares t og inden 01.03. 12</p>
<p><b>AD. 10: Status på projekt Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen ved favrskov Kommune:</b> <b>Beslutning:</b> Orienteringen blev taget til efterretning.</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> Favrskov informerede kort om projektet. Kick-off seminar blev gennemført i december 2011. Styregruppen er nu tæt på at have planlagt 1. Fælles Skolebænk og 1. laboratorium. Der er møde 22.02.12, hvorefter der vil ske en udmelding.</p>	
<p><b>AD. 11: Orientering om analyse af aktivitetsbestemt medfinansiering ved Favrskov Kommune:</b> <b>Beslutning:</b> Favrskov Kommune sender notatet til hospitalet og de andre kommuner</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> Favrskov oplyser, at de har udarbejdet en sundhedsøkonomisk analyse, hvor de beskriver, hvad der kan påvirkes i forhold til udgifter. Fokusområder er bl.a. 0- 4 årige, ældre og genindlæggelser.</p> <p><b>Drøftelse:</b> Kommunerne oplyste om forskellige tiltag, bl.a. er der i Norddjurs politisk beslutning om at reducere antallet af indlæggelser og der er nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at forebygge indlæggelser. I Randers Kommune vil man forsøge at se på forskelle mellem områderne,</p>	
<p><b>AD. 12: Udkast til lokal samarbejdsaftale om undervisning ved hospitalet:</b> <b>Beslutning:</b> Samarbejdsaftalen blev godkendt. Udsendes med referatet.</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> Videndeling mellem sektorerne er en vigtig del af samarbejdet. Der er ofte spørgsmål vedr. honorering for undervisning både når undervisningen gælder sundhedspersonale og patienter. Det foreslås i udkastet til samarbejdsaftale, at hospital og kommune underviser sundhedsfagligt personale uden honorering, men undervisning af patientgrupper honoreres.</p>	
<p><b>AD.13: Udkast kommissorium Faglig Følgegruppe ved hospitalet</b> <b>Beslutning:</b> På næste møde præsenteres oversigt over alle nedsatte i grupper i forhold til sundhedsaftalerne og det besluttet, hvilke undergrupper der fremover skal være til klyngestyregruppen.</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> Faglig følgegruppe har eksisteret siden 2007. Gennem årene er gruppen udvidet og der har været overlap til andre grupper, hvorfor repræsentanter fra hospitalet og kommunerne har udarbejdet udkast til kommissorium for gruppen. Gruppens opgave er bl.a. at sikre implementering af sundhedsaftalerne, have overblik over de nedsatte arbejdsgrupper og udarbejde årlig status til</p>	<p>Dagsor- den næste møde</p>

<p>klyngestyregruppen. På sidste møde i Faglig styregruppe drøftede vi, hvad gruppens opgave var og besluttede derfor at nedsætte en arbejdsgruppe, der skulle udarbejde udkast til kommissorium. Gruppen bliver således et bindeled mellem klyngestyregruppe og faglige grupper</p> <p><b>Drøftelse:</b> Der var flere kommentarer til udkast til kommissorium, spec. i forhold til nogle af de foreslåede opgaver var der overlap til klyngestyregruppen. Der var også fokus på, at det er vigtigt at stramme op og at sikre, at tingene ikke gøres dobbelt. Flere manglede overblik over grupper i forhold til sundhedsaftalen før beslutningstagen. Flere var ikke klar over gruppens eksistens.</p>	
<p><b>Ad. 14: Oversigt over sundhedsaftaler:</b> <b>Beslutning:</b> Oversigten blev taget til efterretning.</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> På sidste klyngestyregruppemøde var der ønske om en oversigt over hele sundhedsaftalen, således at der på møderne hurtigt kan gøres status.</p>	
<p><b>Ad. 15: Analyse af genoptræningsområdet ved hospitalet</b> <b>Beslutning:</b> Arbejdsgruppen fortsætter med at fokusere på området.</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> Kommunernes udgifter på genoptræningsområdet har år for år været stigende, hvorfor klyngestyregruppen i 2011 besluttede, at en arbejdsgruppe skulle analysere genoptræningsområdet. Analysen dækker årene fra 2007 – 2010 og viser, at antallet af udleverede genoptræningsplaner i alle 4 kommuner har været stigende og at udgifterne til genoptræning har været markant stigende. I samme periode har aktiviteten bedømt ud fra antallet af indlæggelser også været stigende. Den største stigning ses mellem 2008 og 2009. I 2008 <u>implementerede</u> Region Midtjylland SKS kodekatalog for at sikre ensartet registreringspraksis og afregning mellem region og kommuner. En konklusion på de stigende udgifter kan være indførelse af kodekataloget i 2008. Derudover er der i kommunerne et problem i forhold til udredning af udgifterne til almindelig genoptræning, idet udgifterne til almindelig ambulat genoptræning og vedligeholdelsestræning ikke kan adskilles. Gruppen konkluderer, at der er behov for fortsat at fokusere på og udvikle området.</p> <p>Antal udleverede genoptræningsplaner 2011: Spec. GOP: 820 (2010: 1230) Alm. GOP: 2420 ( 2010: 2160) Samlet: 3240 ( 2010: 3390)</p> <p><b>Drøftelse:</b> Der er stigende udgifter i kommunen og region Midtjylland skiller sig ud i forhold til andre kommuner. Marianne Jensen er blevet medformand for den regionale temagruppe om genoptræning. Nogle af de områder gruppen vil arbejde med og forsøge at ændre, er blandt andet, at genoptræningsplaner ikke skal udarbejdes til patienter omfattet af forløbsprogrammerne og drøfte muligheder for at flytte grænser i forhold til, hvornår der skal udarbejdes specialiseret GOP.</p>	
<p><b>AD. 16: Afledte hjælpemidler ved hospitalet</b> <b>Beslutning:</b> Aftalen om at kommunen udleverer afledte hjælpemidler gøres permanent</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> På klyngestyregruppe 08.03.10 besluttedes det at indgå et samarbejde om afledte hjælpemidler (Hjælpemidler, som udover de hjælpemidler, der er nødvendige for genoptræningen, kan lette patienten og medvirke til, at patienten kan udføre basale daglige gøremål), således at kommunen fra udskrivelsestidspunktet udleverede hjælpemidler. Antallet af udlån skulle monitoreres over en periode og drøftes i klyngestyregruppen med henblik på at gøre</p>	

<p>aftalen permanent. Arbejdsgruppen vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler anbefaler, at aftalen gøres permanent. Opgaven har et vist men ikke stort omfang og består af udlevering/udkørsel af hjælpemidler, rengøring og modtagelse. Kommunerne har i perioden 01.01. – 30.11.11 udleveret: Norddjurs 63 patienter, Syddjurs: 69 patienter, Randers 189 patienter og Favrskov: ca. 25 patienter.</p>	
<p><b>Ad. 17: Ide- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen ved hospitalet</b> <b>Beslutning:</b> Styregruppen for projekt Sundhedsstrategisk ledelse drøfter temaer på møde i marts og melder temaer til regionen inden 01.04.12</p> <p><b>Sagsfremstilling:</b> I regi af Sundhedskoordinationsudvalget er der igangsat en fælles udviklingsproces med hospitaler, kommuner og praksissektor med det formål at komme tættere på et mere integreret, koordineret og samarbejdende sundhedsvæsen i 'det nære'. I regi af Sundhedskoordinationsudvalget er der udarbejdet et Ide- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen. Kataloget bidrager dels med nye ideer for det tværsektorielle samarbejde, dels med en oversigt over eksisterende tværsektorielle indsatser og tiltag på sundhedsområdet. Samtidig rammesætter kataloget på strategisk niveau behovet for fælles omstilling og udvikling på en række temaer. For i højere grad at målrette og koncentrere indsatsen har Sundhedskoordinationsudvalget efterfølgende prioriteret to temaer, der skal arbejdes med i processen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling og samarbejde i eget hjem</li> <li>• Egenomsorg/mestring.</li> </ul> <p>Der er i december 2011 udsendt et brev til klyngerne, hvor det fremgår, at klyngerne får til opgave at arbejde videre med tværsektorielle indsatser indenfor de prioriterede temaer.</p> <p>Dette kan for det første ske ved, at klyngerne tager afsæt i de foreslåede ideer i kataloget og/eller udvikler nye initiativer.</p> <p>For det andet ved at klyngerne arbejder videre med igangværende initiativer og samtidig sikrer, at der sker en systematisk erfaringsopsamling og dokumentation, der kan anvendes til brug for vurdering om eksempelvis storskala potentiale. Sundhedskoordinationsudvalget har fremhævet, at der i arbejdet skal være særlig fokus på faglighed, tryghed samt økonomi og effektiv ressourceanvendelse.</p> <p>Primo april 2012 skal klyngerne afrapportere første gang til Sundhedskoordinationsudvalget og beskrive, hvilke tiltag klyngen har valgt at arbejde med.</p> <p>Ultimo 2012 inviterer Sundhedskoordinationsudvalget til en konference, hvor klyngerne præsenterer de foreløbige resultater - enten nye indsatser eller resultaterne af nuværende indsatser. Der planlægges endvidere en afrapportering medio 2013.</p> <p><b>Drøftelse:</b> Der er enighed om, at klyngen vil arbejde med temaer, som planlægges i projektet Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen. Temaer skal meldes ind senest 04.04.12. Styregruppen for projekt Sundhedsstrategisk ledelse drøfter temaer på møde i marts måned.</p> <p>Der kan søges midler via kommunepuljen ca. 4 – 5 mill. kr. Ansøgningsfristen kendes ikke.</p>	
<p><b>AD. 18: evt.</b> Intet</p>	
<p><b>AD. 1 Næste møde:</b> <b>Mandag 24.09.12 kl. 14.00 – 16.00</b></p>	

