



Referat fra møde i den lokale styregruppe for Silkeborg-klyngen den 17. september 2010 kl. 9-12

Mødedeltagere:

Favrskov Kommune

Direktør Social og Sundhed, Jacob Stengaard Madsen
Ældrechef, Peter Mikkelsen
Distriktsleder, Lene Madsen
Fuldmægtig, Sine Møller Sørensen, Favrskov Kommune
Sundhedschef, Birgitte Holm Andersen, Favrskov Kommune

Silkeborg Kommune

Direktør Jens Peter Hegelund
Leder af Sundhed og omsorg Inge Bank
Chefkonsulent Vibeke Staack Andersen
Sektionsleder for hjælpemidler Else Marie Jensen
Leder for sundhedsfremme og forebyggelse Lene Dørfler
Praksiskonsulent Uffe Kj. Jacobsen

Afbud fra:

Sektionsleder for træning Hanne Jensen

Region Midtjylland

Afdelingschef Eva Sejersdal Knudsen, Regionalt Sundhedssamarbejde
Sundhedsfaglig konsulent Lene Tinglef Svenstrup, Regionalt Sundhedssamarbejde
Fuldmægtig Camilla Merrill, Regionalt Sundhedssamarbejde
Kvalitetskonsulent Inge Hella Jul, Psykiatri og Social

Afbud fra:

Kontorchef Jens Bejer Damgaard
Fuldmægtig Linda Kirkegaard
Kontorchef Kirsten Vinther-Jensen, Center for Folkesundhed
Kontorchef Jørgen Nørskov Nielsen, Primær Sundhed

Hospitalsenheden Silkeborg

Chefsygeplejerske Anne Just
Cheflæge Lisbeth Kallestrup
Overfysioterapeut Line Jespersen
Ledende oversygeplejerske Helle Andersen
Oversygeplejerske Kate Gram-Hansen
Projektleder Kirsten Fog
Praksiskoordinator Jens Gram Hansen
Fuldmægtig Christina Schaumann Nielsen

Afbud fra:

Hospitalsdirektør Lars Dahl Pedersen
Praksiskonsulent Estrid Muff Munk

Skanderborg Kommune

Beskæftigelses- og Sundhedschef Jørgen Erlandsen (mødeleder)

Ældrechef Peter Sinding Poulsen
Specialkonsulent med ansvar for patientrettet forebyggelse Tove Voss
Praksiskonsulent Margit Maltesen
Praksiskonsulent fra 1. oktober 2010 Maria Boas
Sundhedsfremmechef Dorte Mørkbak
Konsulent Lisbet M. Jensen (referent)

ad 1) Velkomst og præsentation af Skanderborg Kommunes nye praksiskonsulent Maria Boas

Præsentation af stedet v. Jørgen Erlandsen. I den særlige Skanderborg-model er der ikke forvaltninger, men aftale- og kontraktstyrede enheder. Se også <http://www.skanderborg.dk/Default.aspx?ID=3306>. Fagsekretariatet "Beskæftigelse og Sundhed" omfatter beskæftigelse, sundhedsfremme, sprogskole og integration, UU (Ungdommens Uddannelsesvejledning), hele arbejdsmarkedsdelen, pension og bolig, misbrugsbehandling, kompetencecenter, jobcenter, revalidering. Organiseringen er valgt for at få et tættere samspil mellem arbejdsmarked og sundhed, men sundhed har selvfølgelig også et tæt samarbejde til andre dele af organisationen, især ældreområdet.

Maria Boas tiltræder som praksiskonsulent den 1. oktober 2010, og arbejder i en lægepraksis i Skanderborg. Hun forventer på et tidspunkt at købe sig ind i praksis i området.

ad 2) Godkendelse og prioritering af dagsordenen

Godkendt

3) Godkendelse af referat fra styregruppemøde 19. marts 2010

Bilag 1: Referat fra møde 19. marts 2010

Godkendt

4) Monitorering af implementeringen af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom v/ Camilla Merrild Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Indstilling

At den overordnede ramme for monitoreringen af implementeringen af forløbsprogrammerne drøftes

Sagsfremstilling

Implementeringen af forløbsprogrammerne for KOL, hjertekarsygdom og type 2 diabetes er sat i gang i alle klynger i regionen. Kommuner, hospital og almen praksis skal nu i fællesskab løse den store opgave det er, at skabe et sammenhængende og helhedsorienteret forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb, for patienter som lider af kronisk sygdom i Region Midtjylland.

For at sikre kvaliteten i indsatsen, er der udarbejdet en overordnet ramme for monitoreringen og evaluering af forløbsprogrammerne, som beskriver de forskellige monitoreringsindsatser, der foreslås udfoldet på tværs af sektorerne. Ud over de rent kliniske registreringer, fokuserer en del af monitoreringsinitiativerne på den organisatoriske sammenhæng og patientens/borgerens oplevelse af forløbet på tværs af sektorer. Derudover skal der også udarbejdes forløbsprogramspecifikke indikatorer, som relaterer sig direkte til

forløbsprogrammernes anbefalinger. Den samlede monitorering vil således være både tværsektoriel og tage hensyn til de respektive diagnoser i forløbsprogrammerne.

Der eksisterer allerede en række kvalitetsmonitoreringsinitiativer, som anbefales nationalt for sygdommene i alle tre sektorer. Men i forbindelse med monitoreringen af forløbsprogrammerne, er det nødvendigt, at der udvikles særlige monitoreringsindsatser, som går på tværs af sektorerne og direkte fokuserer på implementeringen af forløbsprogrammernes anbefalinger.

Fra puljen vedr. en forstærket indsats for kronisk syge patienter har Region Midtjylland modtaget støtte til at udvikle og udføre tre monitoreringsinitiativer, som bidrager til denne særlige indsats. Det drejer sig om følgende:

- en metode til at evaluere effekten af patientuddannelse i kommunerne og på hospitalerne
- en undersøgelsesmetode til at se på patienternes oplevelse af sammenhæng i deres sygdomsforløb
- et datafangstprojekt der vil afdække de relevante populationer af mennesker med kronisk sygdom, og dermed medvirke til at monitorere om placering og tilknytning lever op til forløbsprogrammernes anbefalinger (stratificering, faseopdeling)

Der vil være tværsektoriel involvering i udviklingen af alle tre monitoreringsinitiativer. Desuden vil en række særlige evalueringstiltag, der knytter sig til nogle af de projekter, som regionen har modtaget støtte til fra kroniker puljen, også bidrage til den samlede monitorering og evaluering af forløbsprogrammerne.

Arbejdet med at udvikle de forløbsprogramspecifikke indikatorer, vil blive udført af tre til formålet nedsatte tværfaglige og tværsektorielle monitorerings- og evalueringsgrupper, nedsat af de tre forløbsprogramgrupper (KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom), og bestående af medlemmer fra de tre forløbsprogramgrupper.

Grupperne skal primært arbejde med at udvikle forløbsprogramspecifikke monitoreringsstandarder, som relaterer sig til forløbsprogrammernes implementering samt sikre det tværsektorielle perspektiv i monitoreringen af de respektive forløbsprogrammer. Forløbsprogramgrupperne mødes efter sommerferien 2010, og arbejdet med at udvikle forløbsprogramspecifikke indikatorer vil umiddelbart derefter blive igangsat.

Forløbsprogrammets formandskaber fungerer som styregruppe for monitoreringsarbejdet og har til ansvar at fastholde den overordnede sammenhæng i monitorerings- og evalueringsindsatsen samt sikre sammenhængen i initiativerne på tværs af sektorerne. Gruppen kan indhente sparring hos relevante fagpersoner fra for eksempel Center for Folkesundhed eller Center for Kvalitetsudvikling.

Monitoreringsrammen vil hen over sommeren blive drøftet i alle klyngestyregrupper i regionen, og kommentarer og inputs vil blive indarbejdet. Det vil være muligt at kommentere på rammen både på klyngestyregruppemøderne, men derudover kan eventuelle inputs eftersendes til camilla.merrild@stab.rm.dk – deadline for at fremsende inputs og kommentarer d. 24. september 2010.

Bilag 2: Notat vedr. monitorering af implementering af forløbsprogrammerne.

Referat:

Camilla Merrild har været rundt i alle klyngesamarbejder for at præsentere projektet i sin overordnede ramme. Plancherne fra oplægget vedlægges.

Projektet har godt greb om de kliniske data, og data fra "hvordan har du

det"-undersøgelsen. Ligeledes forventer de sig meget af audit-metoden som udvikles i Silkeborgklyngen, og forhåbentlig kan udbredes til de andre klynger. Det står svagest på data om organisatoriske sammenhænge og patientoplevelse. Det undersøges dog via 12.000 spørgeskemaer og et antal opfølgende interviews.

De forskellige data er under indsamling og datafangsten er under udvikling. Det vil sige, at der ikke kommer samlede data om forløbsprogrammerne her i efteråret. Det bliver en kæmpe mængde data, som vi endnu ikke ved hvordan de skal præsenteres.

Der er tæt kontakt til Sundhedsstyrelsen undervejs, fordi Midtjylland er langt fremme med dette.

Jens Peter Hegelund: Vi vil meget gerne have en socialgruppeinddeling i data for at øge anvendeligheden i forebyggelse, jf. fokus på social ulighed i sundhed.

Lisbeth Kallestrup: Diabetesdata viser, at vores grundlag ikke har været godt nok. Hvordan får vi fat i den rigtige gruppe? Så vi er helt enige om ønsket om en stratificering i sociale grupper

Uffe Jacobsen: Det er rigtigt godt med disse data, vi kan bruge dem i almen praksis.

Anne Just: Vi ser frem til at få data på, om der er nogen effekt af den store indsats, vi gør. Vi har målt at patienterne oplever tilfredshed, men har ikke de kliniske data.

Camilla Merrild oplyser, at det har andre nævnt, og de er meget lydhøre for ønsket. Det er dog umiddelbart svært, fordi de data ikke umiddelbart er til stede i de databaser, der findes.

Jacob Madsen: Henviser til diskussion i sundhedsstyregruppen: hvad sker der efter 2012 når pengene ikke er der længere til at arbejde med dokumentation i forløbsprogrammerne? Der er nogle uafklarede spørgsmål om hvem der ejer data, og ikke mindst hvordan det følges op.

Eva Sejersdal: Regionen har bestemt planer om at dataindsamlingen skal forankres. Sundhedsstyrelsen er med på sidelinjen og meget interesseret. Det er uvist, om dataindsamlingen skal fortsætte i regi af Regionen eller Sundhedsstyrelsen.

Jørgen Erlandsen: Der har som bekendt været en diskussion om ambitionsniveauet på evalueringen, og der kommer en holdningstilkendegivelse fra kommunerne om det. Kommunerne havde gerne set en større del af midlerne anvendt til indsats frem for data.

Lisbeth Kallestrup: Hospitalet mener, at det er vigtigt for samarbejdet mellem sektorer med disse data.

5) Præsentation af resultater af projekt "Det gode patientforløb for den demente borger"

Resultaterne af projektet foreligger og vil kort blive præsenteret på klyngemødet af projektets leder, kvalitetskonsulent Inge Hella Jul.
(ca. 20-25 min.)

"Det gode patientforløb for den demente borger"

I efteråret 2007 godkendte Sundhedsstyregruppen ansøgning til Servicestyrelsen om

projektmidler til udvikling og afprøvning af kurser med henblik på at forbedre plejen for demente patienter i forbindelse med indlæggelse, behandling og udskrivning.

Projektet blev gennemført i perioden marts 2008 - februar 2010 med deltagelse fra klyngerne Vest, Viborg, Randers og Horsens.

I projektet gennemførtes en tværsektoriel nøglepersonsuddannelse med efterfølgende gruppesupervision, og desuden undervisningsaktiviteter for læger på regionshospitalerne og i praksis.

Referat

Inge Hella Jul præsenterede projektet, plancherne er vedhæftet.

Projektet er gennemført som et landdækkende projekt med midler fra Servicestyrelsen. I Region Midtjylland deltog Horsens-, Randers-, Viborg- og Vest-klyngerne, og resultaterne kommunikerer ud til alle klynger. Projektet er evalueret både uofficielt af deltagerne og officielt med eksterne evaluatore.

Noget af det, der står tilbage (i forhold til det praktiske samarbejde i klyngen) er mange diskussioner om, hvem der skal ledsage den demente til undersøgelser (og indlæggelser). Det er også drøftet, om hjemmeplejen kan klare f.eks. væskedrop for at undgå indlæggelser af demente.

En del af evalueringen er gennemført 1½ år efter projektet, og det viser, at "der er lang vej fra forøget viden til forbedret praksis". Der er et ønske om fortsat supervision og deltagelse i faglige netværk.

6) Overblik over konkrete igangværende og kommende projekter indenfor Center of Excellence-projektet. Hvilken konneks er der mellem Center of Excellence og kompetenceudvikling af medarbejdere i kommunen og praksis

Oplæg ved HSI v. projektleder Kirsten Fog, plancherne vedlægges.

Referat

Der er de gode illustrationer af konsekvenserne ved kortere indlæggelsesforløb og omlægning til ambulante forløb, og et regneeksempel på de økonomiske virkninger (for regionen) af kortere forløb.

Lisbeth Kallestrup: Måske 80 % af de patienter, der omfattes af omlægningerne, er personer, kommunerne ikke kender og derfor ikke får ekstra udgifter.

Inge Bank: Det er rigtig godt med omlægningen, det er godt for borgeren. Vi er lidt usikre på de økonomiske konsekvenser for kommunerne, og der er opgaver til hjemmeplejen i det, f.eks. information og forberedelse til ambulante undersøgelser. Vi skal bruge aftalen om opgaveoverdragelsen for at få synliggjort det.

Der er 3 telemedicinske projekter i gang – om hofte, KOL og diabetes. Projektet ser gerne at mere af den fælles skolebænk, især rettet mod sygeplejersker, og vil gerne tale om mulighederne i opgaveflytning, og fortsat udvikle på de opfølgende hjemmebesøg og kronikerkompasset. Der er overvejelser om hjemmesygeplejen skal have adgang til åbne kar f.eks. mhp opfølgende prøvetagning, mere fælles skolebænk, drøftelse om hvordan demente kan hjælpes med en følge-rundt-funktion (sygehusopgave eller tværsektorielt?), evt. kopi til borger/pårørende af epikriser.

Det fælles tlf. nr. til det medicinske bookingcenter, med erfaren medicinsk sygeplejefaglig vejledning tegner til at blive en succes. Det understøtter, at indlæggelser til undersøgelser kan afløses af/erstattes af ambulante med meget kort tidsfrist.

Uffe Jacobsen: Som praktiserende læge er jeg meget glad for den centrale visitation, det er blevet lettere at finde rundt i jeres forskellige forløb. Oplever hurtigere og bedre forløb. Også glad for at tlf. er åben efter kl. 16.

Helle Andersen: Funktionen er lige åbnet, og vi ved, at den ikke er fejlfri endnu. Det fælles tlf.nr. er ikke kun for praktiserende læger, men også for f.eks. hjemmesygeplejersker. Det vil Regionshospitalet sende lidt mere information ud om.

Margit Maltesen: Tilfredshed med det nye medicinske bookingcenter. Videre om epikriser: Det er vigtigt, at der ligger en plan på skrift, når folk forlader sygehuset. Stor ros til kirurgerne, der ledsager epikriserne af et notat på "mere almindeligt dansk". Notaterne er gode både til patienter, pårørende – og de praktiserende læger.

Eva Sejersdal: I Viborg-klyngen melder kommunerne alternativer til indlæggelser ind til den centrale visitation, f.eks. særlige akutpladser på plejehjem.

Vibeke Andersen: I Silkeborg Kommune har vi den udgående sygeplejerske i stedet for, (men også midlertidige pladser på plejehjem).

Anne Just: Der er kontakt mellem den centrale visitation og Silkeborgs udgående sygeplejerske. Det må andre kommuner lige overveje, om der skal etableres tilsvarende kontakt.

Jacob Madsen: Måske er fremtiden er matrikelløs behandling, og især behandling i eget hjem. Der er tiltag i Århus, hvor den sekundære sektor går ud i eget hjem.

Lisbeth Kallestrup: En alternativ udvikling er, at den primære sektor skal have den direkte – og vedvarende – kontakt til patienten. Det skal vi have en diskussion af i dette forum, og vi vil gerne lægge op til den på næste møde.

Inge Bank: Det er oplagt at tage mulighederne op under aftalen om "opgaveflytning og – glidning", når aftalen er vedtaget.

Jens Peter Hegelund: Det er en videreudvikling af principperne i psykiatriens hus, Center of excellence. Det bliver i næste sundhedsaftale.

7) Patientsikkerhed

Det er meldt ud, at hospitalerne ikke pr. 1. september kunne overgå til den nye database, der skulle være med til at sikre kommunikationen mellem sektorer pga. browser problemer.

Status ved HSI, Fuldmægtig Christina Schaumann Nielsen.

Referat

Jf. lovgivningen skulle vi pr. 1. sept. have haft en fælles database. Hospitalerne er ikke gået på databasen endnu pga. tekniske/programmæssige problemer, og der er ingen nærmere angivelse af, hvornår det sker. Der er således endnu ikke et fælles værktøj.

Kommunerne er så småt gået i gang med organisering og registrering.

I tilfælde af tværgående utilsigtede hændelser kan hospitalets risikomanager i forhold til patientsikkerhed kontaktes: Jette Bjærge, 87 22 26 25, jettbjae@rm.dk

8) Nøgletal

Gennemgang af nøgletal for Silkeborgklyngen v. Regionalt Sundhedssamarbejde Der er udarbejdet nye nøgletal for klyngen.

Bilag: Oversigt over nøgletal for Silkeborgklyngen – eftersendes mandag eller tirsdag i næste uge

Er blevet eftersendt. Der var ikke yderligere kommentarer til tallene.

9) Omlægning af kronikerindsatsen i almen praksis

Orientering fra Regionen.

Referat

Jens Gram Hansen orienterede:

Kronikerkompasset er beskrevet af praksis.dk, der er en del af sundhed.dk. Kompasset er en delmængde af kronikerprogrammet. Lægepraksis/ praksishusene ændrer sig i disse år og får bl.a. flere praksissygeplejersker, og de er nøglemedarbejdere i forhold til kronikerprogrammer.

Kompasset er egentlig bare et kursusforløb for praksishusene, for at de kender og får implementeret de 3 kronikerprogrammer i praksis. Det er kursusforløb, hvor praksis er på kursus sammen på tværs af faggrænser, det er lavpraktiske kursusforløb med fokus på at implementering.

70-80 % af alle praksisklinikkerne er meldt til kompasset, og der har været kontakt til de, der ikke er med. Forløbene er startet i Silkeborg, fortsætter i Favrskov og Skanderborg efter nytår.

Uffe Jacobsen – Kronikerkompasset er godt i tråd med fokusskiftet fra brede screening til opmærksomhed på den tunge bund i sundhed, og så skal vi turde finde den og gøre noget ved det.

Margit Maltesen: Drøftede det på møde i Skanderborg Lægelaug for nylig, og der er stor opmærksom på, at det ikke bare skal blive interessante tal, men bruges det til at gøre noget for dem, der har de største problemer.

Lisbeth Kallestrup: vi har viden om at det er de dårligst uddannede og de der bor alene, der har de største problemer.

Uffe Jacobsen: peger på det oplagte i at scanne de etniske grupper for diabetes og andre udvalgte sygdomme.

Eva Sejersdal: sygehus og kommuner inviteres til et indlæg undervejs i kursusforløbet om de tilbud, de har til diabetespatienter.

Jacob Madsen – ros til at almen praksis for at så mange har meldt sig. I er helt centrale i forløbsprogrammerne.

10) Status på Sundhedsaftalerne

- Status fra Regionen
- Status fra kommunerne

Referat

Forhandlingerne om sundhedsaftalen er i gang og forventes afsluttet medio oktober. Det sidste er aftalen om opgaveoverdragelsen, og den er med i Sundhedskoordinationsudvalget den 20. sept. § 239 bliver nævnt i mange høringssvar. Derudover er der fokus på, at aftalesættet ikke bliver for bureaukratisk, men omvendt skal det gøres ordentligt.

11) Udpegning af repræsentant fra Silkeborg klyngen til aftalegruppen vedr. den tværsektorielle palliative indsats

Bilag 3. Bilag fra Sundhedsstyregruppemøde den 8. sept. 2010 med udkast til kommissorium

Referat

Der er et forslag om Vibeke Staack, og hun er hermed valgt. Hospitalerne udpeger fra Randers, Århus og Silkeborg, og de er indbyrdes opmærksomme på at få såvel faglighed som ledelse repræsenteret.

12) Status på projekter

Gensidig orientering.

Referat

Else Marie Jensen: opfølgning fra sidste møde om afklaringskataloget vedr. hjælpemidler. Det er rigtig godt på vej, og det ser ud til at lykkes med rimeligt ens retningslinjer med eks. Viborgklyngen.

Vibeke Staack Andersen: om det palliative projekt i Silkeborg: er i gang med at beskrive projektet og søge penge.

13) Orientering om udmøntning af spareplaner 2010/2011

Gensidig orientering

Referat

Regionshospitalet Silkeborg – Optageområdet på det medicinske område fra Skanderborg kommune og sundhedscenter overgår til Horsens. Omlægningen fra indlæggelser til ambulante forløb svarer til en reduktion på 12 senge, dertil kommer nedlæggelse af 13 senge pr. 1. januar. Hospitalet modtager ikke apopleksi-patienter fra 1. januar.

Ortopædkirurgiske er også reduceret kraftigt i senge – fra 44 til 36 inkl. Det hænger sammen med afgivelse af patienter til andre hospitaler og hurtigere forløb. Mere og mere flytter ud i eget hjem.

Får et mindre patientgrundlag (Skanderborg) og et efterslæb, så der reduceres med 39 mio. kr. svarende til 5 %, eller 120 stillinger. Heraf forventes ca. 42 afskediget i faggrupperne sygeplejersker, sosuassistenter og ergoterapeuter.

Regionshospitalet er et ikke-akut-hospital, men kan udbrede samme-dags-ydelser til hele regionen (excellence), og det vil hospitalet gå i gang med ved at tilbyde det til alle praktiserende læger i regionen. Ser sig selv som et udviklingshospital, der omstiller konstant, og et udviklingsorienteret klyngesamarbejde er en del heraf.

Silkeborg Kommune - Jens Peter Hegelund- bruttobesparelse på 250 mio.kr. Fyringsrunde på 656 personer inden sommerferien, reduktioner på skolerne følger efter nu. Mange har fået job andre steder. Det svarer til en besparelse på 7,6 %. Konsekvenserne er bl.a. lukning af 3 plejecentre, heraf skulle et ombygges, men kapaciteten ændres fra en dækning med plejehjem til over 80-årige på 22 % til 18 %. Det vurderes, at det kan lade sig gøre, og følges op af en ny ældrepolitik.

Kan konstatere, at den aktivitetsbestemte medfinansiering vokser meget, og det skal der findes en årsag til og en løsning på.

Eva Sejersdal – Det ser ud til, at konstruktionen omkring Psykiatriens hus kan medføre, at ambulante forløb bliver dyrere end indlæggelser. Vi skal fælles have kigget på finansieringen.

En fælles konstatering af, at der er mekanismer i finansieringsmodellen på sundhedsområdet, som burde blive drøftet på landsplan.

Favrskov Kommune - Jacob Madsen: Der er et budgetforslag i høring med besparelser på 5-6 % svarende til 70 mio. i 2011, og 100 mio. i årene fremover. På ældreområdet er det 14-15 mio. i 2011 og 21-22 mio. i årene fremover. Det rammer plejecentrene meget, men der lukkes ikke plejecentre. I udgangspunktet ligger kommunen på landsgennemsnit. På Sundhedsområdet gennemføres mindre, fokuserede besparelser. Prøver at være udviklingskommune frem for afviklingskommune, men svært for personalet lige nu, hvor der skal fyres.

Skanderborg Kommune - Jørgen Erlandsen: Der er et sparebehov på 60 mio. i 2011 og 80 mio. kr. i årene fremover. I budgetforslaget er der lagt op til besparelser på 80 mio. og til gengæld en række udviklingsprojekter. Ældreområdet arbejder på at kanalisere midler over i træning for at reducere efterspørgsel på hjemmepleje.

14) Næste mødedato - igen i Skanderborg

Fastsættes til **fredag 25.marts 2011 kl. 9-12, Bakkedraget 1, Hørning.**

Regionshospitalet Silkeborg vil gerne give oplæg til debat om behandling/pleje i eget hjem. Rollefordeling. Primær sundhedstjenestetilgang kontra vertikal specialiseret tilgang.

Regionshospitalet Silkeborg vil gerne give oplæg om det palliative projekt.

15) Evt.