

Sundhedsstyregruppen

Referat af møde den 22. april 2010



## **Referat af møde i Sundhedsstyregruppen den 22. april 2010**

Formandskaber for temagrupperne samt Den administrative styregruppe var inviteret til at deltage i mødet.

### **Referat**

### **Beslutningspunkter**

#### **1. Drøftelse af udkast til den generelle sundhedsaftale**

##### Indstilling

- At drøfte vision, mission og værdier i den generelle sundhedsaftale i forlængelse af mødet i Sundhedsstyregruppen den 2. februar 2010
- At drøfte udkast til generel sundhedsaftale med henblik på input til Sundhedskoordinationsudvalgets møde med Social- og Sundhedsudvalgsformænd og næstformænd fra kommunerne samt formænd og næstformænd for de tre regionale rådgivende udvalg den 28. april 2010
- At drøfte udkast til generel sundhedsaftale med henblik på godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget den 10. juni 2010

##### Beslutning

Bemærkninger fra Sundhedsstyregruppen vedr. udkast til den generelle sundhedsaftale er vedlagt i et tillæg til referatet. Sundhedsstyregruppens bemærkninger vil indgå i den videre behandling af sundhedsaftalen herunder som en del af høringsmaterialet til behandling i Sundhedskoordinationsudvalget den 10. juni 2010.

Det blev besluttet at afholde et ekstraordinært møde i Sundhedsstyregruppen inden sommerferien. Mødet afholdes torsdag den 24. juni 2010 kl. 8.30-10. På mødet skal sundhedsaftalen vedr.

Dato 3-05-2010

Sagsbehandler Dorthe Klith

Dorthe.Klith@STAB.RM.DK

Tel. +45 8728 4672

Sagsnr. 1-01-72-57-08

Side 1

opgaveoverdragelse behandles. Endvidere vil der på mødet være gensidig orientering om besparelser.

### Sagsfremstilling

Processen for udarbejdelse af anden generations sundhedsaftaler gældende for perioden 2011-2014 er påbegyndt primo januar 2010. Temagrupperne har udarbejdet et udkast til den generelle aftale.

For at kunne samle de enkelte elementer i sundhedsaftalen i mere homogene afsnit og målrette den til de enkelte aktører, er sundhedsaftalen i Region Midtjylland todelt i en politisk og en sundhedsfaglig del.



Side 2

Den politiske del indeholder formål, overordnede politiske målsætninger for de enkelte delaftaler, særlige indsatsområder, værdier og opfølgning. De organisatoriske strukturer og administrative aftaler, der understøtter kravene i bekendtgørelsen, vejledningen og de politiske målsætninger, indgår som bilag i den politiske del.

Den sundhedsfaglige del af aftalen er rettet mod det sundhedsfaglige personale. Aftalen beskriver den konkrete arbejdsdeling mellem de tre sektorer ift. det daglige samarbejde.

Sundhedskoordinationsudvalget har på sit møde den 10. marts 2010 udpeget målsætninger for hvert af sundhedsaftalens delområder. Den 28. april 2010 drøfter Sundhedskoordinationsudvalget den politiske aftale på et møde med Social- og Sundhedsudvalgsformænd og næstformænd fra kommunerne samt formænd og næstformænd for de tre regionale rådgivende udvalg for henholdsvis hospitaler, primær sundhed og kommunesamarbejde samt psykiatri og socialområdet.

I forlængelse af mødet den 28. april vil sundhedsaftalen blive sendt i høring til alle parter (region, kommuner, KKR, praksisudvalget, sundhedsbrugerrådet og hospitaler). Høringsfrist er den 26. maj 2010.

### Bilag:

- Udkast til generel sundhedsaftale

## 2. Psykiatrisamarbejdet

Oplæg ved Direktør Gert Pilgaard Christensen, Psykiatri og Social, Region Midtjylland.

### Beslutning

Oplægget er vedlagt referatet.

## 3. Omstilling af almen praksis i forbindelse med en styrket indsats for de kroniske patienter

Oplæg ved Palle Jørgensen, Afdelingschef Primær Sundhed og Steen Vestergaard-Madsen, Kontorchef Primær Sundhed.

### Beslutning

Oplægget er vedlagt referatet.

### Sagsfremstilling

Der vil blive holdt et oplæg om implementeringen af et større omstillingsprojekt, som har til hensigt at styrke indsatsen for de kroniske patienter i almen praksis. Projektet har til formål at understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder i forhold til patienter med kroniske lidelser, herunder at praksis stratificerer og agerer proaktivt. Projektet har endvidere til hensigt at sikre, at almen praksis har kendskab til de tilbud, som findes hos sundhedsvæsenets øvrige aktører, og at sikre at alle kroniske patienter behandles på rette sted i sundhedsvæsenet (hospital, almen praksis, kommune eller egenbehandling).

Konkret er det målet med projektet, at deltagende praksis i projektperioden implementerer mindst et af de regionale forløbsprogrammer. Derudover er det målet, at deltagende praksis tilegner sig generelle arbejdsmetoder med at praksis arbejder videre med implementering af de øvrige forløbsprogrammer.

Oplægget vil have særligt fokus på samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

### Bilag:

- Notat om "Kronikerkompasset"

## 4. Sundhedsplejersketelefonen

### Indstilling

- At Sundhedsstyregruppen anbefaler en videreførelse af sundhedsplejersketelefonen i den bilaterale sundhedsaftale, som behandles i de respektive byråd.

## Beslutning

Indstillingen godkendt.

## Sagsfremstilling

Sundhedsplejersketelefonen er en sundhedsaftale mellem kommunerne (undtagen Århus Kommune, som viderefører egen ordning) og Region Midtjylland og den startede som et 2-årigt forsøgsprojekt i august 2008. Telefonen er åben fredag, lørdag og søndag samt på helligdage fra kl. 17-20.

Årsrapport 2009 for sundhedsplejersketelefonen viser, at det især er førstegangs forældre, der er brugere af Sundhedsplejersketelefonen, og at rådgivningen oftest bruges af familier med børn under seks måneder. De fleste problemer afklares i rådgivningen eller familierne vejledes, så de kan klare sig igennem weekenden, indtil deres egen sundhedsplejerske kan træffes. 44% af familierne fortæller, at de ville have ringet til vagtlægen, hvis der ikke havde været en telefonrådgivning.

Årsrapporten viser, at 98% var meget tilfredse eller tilfredse med rådgivningen.

Årsrapportens konklusion er, at Sundhedsplejersketelefonen er velfungerende og sikrer sundhedsfremme og forebyggelse hos småbørnsfamilier og samtidig aflaster den primære sundhedssektor.

## **Økonomi**

Deltagende kommuner (alle undtagen Århus som viderefører egen ordning) og Region Midtjylland finansierer hver 50 % af ordningen. Det årlige budget for telefonvagten er 560.000 kr. per år – med en kommunal del på 280.000 kr. og en regional del også på 280.000 kr. Den kommunale del fordeles ud fra fødselstallet som angivet side 22 i Årsrapporten.

## Bilag:

- Sundhedsplejersketelefonen Årsrapport 2009

## **5. Koncept for aftaler med almen praksis og kommunerne om elektronisk kommunikation**

### Indstilling

- At Sundhedsstyregruppen godkender koncept til aftale om elektronisk kommunikation mellem praktiserende læger og kommuner.

## Beslutning

Arbejdsgruppen vil gennemgå aftalen på baggrund af bemærkningerne fra Sundhedsstyregruppen.

Punktet behandles på næste møde i Sundhedsstyregruppen.

## Sagsfremstilling

Samarbejdsudvalget for almen praksis godkendte på udvalgets møde den 23. marts 2010 udkast til aftale om elektronisk kommunikation mellem praktiserende læger og kommuner.

Aftalen har til formål at regulere brug af elektronisk kommunikation med henblik på at lette samarbejdet mellem kommunen og den praktiserende læge. Den elektroniske kommunikation er en elektronisk meddelelse efter MedCom standard. Aftalen giver bl.a. mulighed for elektronisk kommunikation om genbestilling af medicin, prøvesvar, forespørgsler til lægen, forespørgsler fra lægen til kommunen mv. Den elektroniske kommunikation omfatter konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter. Aftaleudkastet er vedlagt som bilag.

Samarbejdsudvalget for almen praksis har nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Praksisudvalget, kommunerne og administrationen: Pia Larsen, Hedensted kommune, Preben Sørensen, Herning kommune, Claus Ehrenreich, Viborg kommune, læge Jens Michael Larsen, læge Dorthe Olsen, Peter Lindholm Astrup og Jens Bejer Damgaard, Regionalt sundhedssamarbejde, Bente Wengler, Steen Vestergaard-Madsen og Sussi Islin Sørensen, Primær Sundhed. Gruppen holdt møde den 15. januar 2010, og har udarbejdet udkast til fælles koncept for aftale om brug af elektronisk kommunikation mellem praktiserende læger og kommuner.

Bestemmelserne vedr. elektronisk kommunikation mellem lægen og kommunens plejepersonale fremgår af Landsoverenskomstens § 56 A, protokollat til § 56 A og vejledning i Landsoverenskomstens ydelser.

## Bilag

- Udkast til aftale om elektronisk kommunikation
- Landsoverenskomstens § 56 A, protokollat til § 56 A og vejledning i Landsoverenskomstens ydelser

## 6. Åben indlæggelse – kortlægning af funktion og anvendelse

### Indstilling

- at Sundhedsstyregruppen tager sammenfatningen om åben indlæggelse til efterretning og godkender følgende:
- at der udarbejdes en tværsektoriel aftale for samarbejdet om den palliative indsats, som foreslået i rapporten. Der nedsættes en arbejdsgruppe i regi af temagruppen for sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivelse
- at Regionalt Sundhedssamarbejde på vegne af Sundhedsstyregruppen skriver til Socialministeriet og gør opmærksom på den økonomiske ulighed i sektorerne palliative tilbud jf. sagsfremstillingen.
- at der efter aftale i klyngestyregrupperne foretages registreringer i brugen af åben indlæggelse

### Beslutning

Indstillingen godkendt, dog ikke at Regionalt Sundhedssamarbejde på vegne af Sundhedsstyregruppen skriver til Socialministeriet og gør opmærksom på den økonomiske ulighed i sektorerne palliative tilbud.

Der var enighed om, at de primære drøftelser omkring 'åben indlæggelse' foretages i klyngerne.

### Sagsfremstilling

Kommunerne i Region Midtjylland har vist interesse for brugen af ÅI efter indførelse af kommunal medfinansiering af hospitalsindlæggelser. På den baggrund blev der nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe til at foretage en undersøgelse af indhold, formål og begrundelser i brugen af åbne indlæggelser i Region Midtjylland. Arbejdsgruppen med repræsentanter fra kommuner, almenpraksis og hospitaler og med tilhørsforhold i Vest, Horsens og Århus klyngerne har færdiggjort dette arbejde, idet der nu foreligger en rapport om Åben indlæggelse med kortlægning af funktion og anvendelse. Sammenfatningskapitlet med arbejdsgruppens anbefalinger er vedlagt som bilag. Selve rapporten og den særskilte bilagsdel kan rekvireres fra Regionalt Sundhedssamarbejde.

Åben indlæggelse er en indlæggelse, der kan anvendes af patienten, pårørende eller personale i hjemmeplejen, som en direkte indlæggelse fra hjemmet til den for patienten kendte stamafdeling, uden mellemkomst af vagtlæge, skadestue eller modtageafdeling.

Hovedfokus i kortlægningen af åben indlæggelse har været anvendelsesområde, definerings, målgruppe, visitationsregler, procedurer, registreringspraksis og forbruget af åben indlæggelse samt sundhedspersonalets praksiserfaringer med tilbuddet. Formålet med kortlægningen er at harmonisere og forbedre tilbuddet, hvor det er relevant samt sikre ensartet kommunal afregning. Data er primært indsamlet ved spørgeskemaer, som er sendt til alle regionens hospitaler og til personale i primær og sekundær sektor i de tre deltagende klynger. Desuden er der lavet audit på 40 patienter på to kirurgiske og to medicinske sengeafsnit.

Kortlægningen viste, at åben indlæggelse anvendes over for to typer af målgrupper. Den ene er patienter i palliativ/lindrende behandling og den anden er patienter med forbigående ustabil tilstand med høj risiko for forværring af lidelsen eller patienter (både børn og voksne), der udskrives efter fx ustabil astma/ astmatisk bronkitis, svær infektion, i dialyse- eller kemobehandling. En sammenblanding af de to typer viste sig at være forklaringen på, at en hospitalsenhed har haft et højere forbrug af åben indlæggelse end de øvrige hospitalsenheder.

Konklusion og perspektivering på kortlægningen af brugen af åben indlæggelse til patienter i palliativ behandling er følgende:

- 1) At tildeling af en åben indlæggelse er et relevant tilbud til patienter og pårørende, når sundhedsvæsenets behandling går fra at være kurativ til lindrende/palliativ. Åben indlæggelse skaber tryghed hos patient og pårørende, giver personale i primær sektor mulighed for specialfaglig sparring, kan forebygge uønskede og uønskede indlæggelser og være tidsbesparende i akutte situationer med fysisk og psykisk belastende symptomer hos patienten
- 2) At åben indlæggelse primært anvendes, når der er problemer, som kræver observation, udredning og/eller behandling ved specialister eller med specialudstyr, som kun findes på et hospital og i mindre omfang som tryghed hos patient og pårørende eller som aflastning af pårørende
- 3) At færdigbehandlede patienter indlagt på åben indlæggelse som hovedregel ikke blev afkrævet kommunal medfinansiering, hvis vedkommende patient ønskede at tilbringe den sidste tid på hospitalet og ikke ventede på en kommunal foranstaltning for at komme hjem. Dog er der behov for, at der sikres økonomisk lighed for patienter, uanset om den sidste tid tilbringes på hospitalet eller på en kommunal aflastningsplads

- 4) At der efterlyses fastlagte procedurer for mundtlig og skriftlig information til patienter og pårørende ved hospitalets tildeling af en åben indlæggelse og ved anvendelse af kommunale palliative ydelser, herunder en terminalerklæring
- 5) At der er behov for en harmonisering vedrørende åben indlæggelse ved fælles regional og tværsektoriel definition, formål, målgruppen, visitationskriterier samt procedurer ved tildeling og brug af åben indlæggelse
- 6) At der skabes sammenhæng mellem åben indlæggelse og den samlede palliative indsats i Region Midtjylland. Det foreslås ske ved en harmonisering og revidering af de forskellige lokale aftaler om samarbejde om indsatsen over for patienter med behov for palliativ indsats. Desuden efterlyses der en beskrivelse af ansvars- og opgavefordelingen mellem sektorernes forskellige involverede parter på området.

Ud fra resultaterne på kortlægningen har arbejdsgruppen udarbejdet konkrete forslag til harmonisering og forbedring af tilbuddet jf. konklusionerne 4-5. Desuden anbefaler arbejdsgruppen, at Sundhedsstyregruppen skriver til Socialministeriet og gør opmærksom på, at der er økonomisk ulighed i, om patienter indlægges på et hospital eller på en kommunal aflastningsplads, da der er en vis egenbetaling for den kommunale aflastningsplads. Dette strider imod den nationale målsætning om, at der ikke skal være økonomisk forskel for patienter i palliativ behandling, anset hvor i sundhedsvæsenet, disse ønsker at være i den sidste tid.

Brugen af åben indlæggelse hos patienter i palliativ behandling anvendes relevant, og der nu sker en ensartet kommunal afregning af patienter i palliativ indsats. Derfor foreslås, at det er op til den enkelte klynge at drøfte om der er behov for registreringer af brugen af åben indlæggelse.

Derudover anbefaler arbejdsgruppen, at der udarbejdes forslag til en fælles tværsektoriel aftale for samarbejdet om den palliative indsats og at denne – hvis det kan nås – indskrives i 2. generation af sundhedsaftale. Dette arbejde foreslås at tage udgangspunkt i de samarbejdsaftaler, som stadig fungerer lokalt i forhold til de tidligere amter, og at den foreliggende kortlægning af åben indlæggelse også indgår. Den nuværende arbejdsgruppe foreslås at forestå dette arbejde, idet arbejdsgruppen suppleres med repræsentanter fra hospitalsklyngerne Viborg, Silkeborg og Randers, både fra kommune og hospital samt med repræsentanter fra hospice. Temagruppen for sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivelse har ansvaret for arbejdsgruppen og dens arbejde. Forslaget sendes til godkendelse i Sundhedsstyregruppen.



Bilag:

- Åben indlæggelse – sammenfatning

## **7. Varsling om ny type specialiseret genoptræning –Projekt Krop og Kræft**

### Indstilling

- At Sundhedsstyregruppen tager orienteringen til efterretning

### Beslutning

Punktet blev behandlet som et beslutningspunkt.

Projektet er planlagt til at gå i drift den 1. oktober 2010. Varslet opretholdes derfor, men indenfor kort tid skal det afklares, om indsatsen skal defineres som specialiseret genoptræning eller behandling. Århus Sygehus, Regionalt Sundhedssamarbejde og Århus Kommune indleder i fællesskab dialog med Rigshospitalet med henblik på en afklaring.

### Sagsfremstilling

Krop og Kræft er et tilbud ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus til patienter som modtager kemoterapi om deltagelse i træningsprogram bestående af blandt andet hård fysisk træning. Forskning ved Rigshospitalet har vist, at træningsprogrammet mindsker bivirkninger ved kemoterapi og øger patienternes fysiske kapacitet. Krop og Kræft er dermed en vej til hurtigere at komme tilbage til arbejdsmarkedet. Programmet udbydes til 56 patienter om året. Projektet er opstartet i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse.

Kræftens Bekæmpelse afholder udgifterne til projektet fra september 2009 til oktober 2010. Efter projektperioden stopper skal projektet, under forudsætning af Regionsrådets bevilling, overgå til drift. Ud fra en lægefaglig vurdering skal træningen af hensyn til patienternes sikkerhed foregå på et hospital med fuld anæstesiologisk opbakning, samt kontinuerlig kontakt til behandlende læge, da der er tale om patienter i aktiv behandling med kemoterapi. Der er derfor tale om specialiseret genoptræning.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Af bekendtgørelse 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus fremgår af § 2 stk. 4, at genoptræning skal ydes på et sygehus

1. Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
2. Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Overgangen fra projekt til drift vil medføre kommunale udgifter til finansiering af den specialiserede genoptræning, og kommunerne i regionen varsles i henhold til sundhedsaftalen vedr. træning herom.

#### Bilag

- Brev fra Århus Kommune af 16. april 2010.

## **Orienteringspunkter:**

### **7. Orientering om regionens sparekatalog**

Regionen orienterer om regionens sparekatalog samt kommunikationsplan i forhold til kommunerne.

Side 10

#### Beslutning

Direktør Per Grønbech orienterede om regionens sparekatalog. Oplægget er vedhæftet referatet.

### **8. Orientering om overgang fra regional til national skabelon for kommunale sundhedstilbud på praksis.dk**

#### Indstilling

- At Sundhedsstyregruppen tager orienteringen til efterretning.

#### Beslutning

Indstillingen godkendt.

#### Sagsfremstilling

Der er truffet en national beslutning via praksis.dk om, at de kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud på praksis.dk skal flyttes fra Region Midtjyllands skabelon over i en ny national skabelon for at sikre ensartethed og en bedre søgefunktion.

#### **Baggrund**

I 2009 blev der i sundhed.dk regi nedsat et tværregionalt udvalg, her er alle regionerne repræsenteret med deres webredaktører. Gruppen har det sidste års tid arbejdet på at lave en fælles skabelon for kommunale sundhedstilbud, der gradvist vil betyde en fælles og standardiseret visning af tilbud uanset hvilken region eller kommune der er afsender. Der vil dog være mulighed for regionale tilpasninger afhængig af behov. Den fælles skabelon betyder, at det er muligt at udvikle en fælles søgefunktionalitet, der markant vil lette de praktiserende lægers adgang til kommunale og regionale sundheds- og forebyggelsestilbud.

På nuværende tidspunkt er processen omkring søgeløsningen kommet så langt, at det er nødvendigt for de regioner der har

sundhedstilbud liggende i egne skabeloner, at flytte dem over i den nationale for at søgeløsningen kan realiseres.

Det betyder, at de nuværende kommunale sundhedstilbud der ligger på praksis.dk skal flyttes i den kommende tid.

Den nye nationale skabelon minder om den, der hidtil er blevet brugt i Region Midtjylland. Der er enkelte nye punkter, men i det store hele vil det være de samme oplysninger som kommunerne skal opgive om deres tilbud. Indsendelse af tilbud vil desuden fortsat foregå via praksis.dk's hovedpostkasse.

De tilbud der på nuværende tidspunkt allerede ligger på praksis.dk, vil automatisk blive flyttet over i den nationale skabelon. Skulle der være brug for ekstra oplysninger kontakter praksis.dk den pågældende kommune.

Med den nye skabelon bliver det et krav, at alle kommuner skal have deres tilbud til at ligge inde på praksis.dk, da tilbud der er placeret udenfor praksis.dk ikke kan søges frem. Det vil derfor ikke længere være muligt, som det er tilfældet nu, at linke til kommunens egen hjemmeside.

På nuværende tidspunkt er der 5 ud af 19 kommuner som der bliver linket til fra praksis.dk:

- Silkeborg – er ved at flytte materialet over på praksis.dk
- Struer
- Herning
- Ikast-Brande
- Hedensted

Det vil være hensigtsmæssigt, hvis hele processen er overstået ved udgangen af 2010.

Der gøres særlig opmærksom på, at skabelonen i pkt. 14 giver mulighed for en beskrivelse af kendskab til dokumentation eller evidens i forbindelse med det enkelte tilbud. Punktet er ikke obligatorisk.

Bilag:

- Skabelon for beskrivelse af regionale og kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud

## 9. Sundhedsaftaler på hjerneskadeområdet

### Indstilling:

- At Sundhedsstyregruppen tager orienteringen til efterretning.

### Beslutning

Indstillingen godkendt.

### Sagsfremstilling:

Hjerneskadesamrådet i Region Midtjylland besluttede på sit møde den 8. januar 2010, at indstille til Sundhedsstyregruppen, at der udarbejdes et tillæg til sundhedsaftalen vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade samt et tillæg vedrørende børn og unge med erhvervet hjerneskade.

I notat om politiske målsætninger for sundhedsaftalen, som blev præsenteret for Sundhedskoordinationsudvalget den 10. marts 2010, er udarbejdelsen af de to tillæg til sundhedsaftalerne beskrevet som et forslag til en politisk målsætning.

Det forventes, at udkast til de to tillæg til sundhedsaftalerne foreligger medio 2011.

Baggrunden for at udarbejde de to tillæg til sundhedsaftalerne er, at mange af personerne i målgruppen har nedsat funktionsevne, som er blivende eller langvarige. Der er ofte behov for flere målrettede indsatser, hvor der er mulighed for udvikling af funktioner, som det tager tid at integrere i hverdagslivet. Der er derfor behov for, at kommunerne og regionen aftaler, hvordan samarbejdet mellem sektorerne skal organiseres for at sikre sammenhængende patientforløb.

I Region Midtjylland rammes ca. 2.500 borgere (børn, unge og voksne) om året af en hjerneskade (apopleksi eller traumatisk hjerneskade). Heraf har ca. 1.500 af de skadede borgere behov for rehabilitering (Kilde: [www.hjernerikassen.dk](http://www.hjernerikassen.dk)). Sundhedsaftalerne vil primært vedrøre de skadede borgere, som har et rehabiliteringsbehov.

Hjerneskadesamrådet har nedsat to arbejdsgrupper bestående af kommunale og regionale repræsentanter, som skal udarbejde tillæggene til sundhedsaftalerne. Arbejdsgrupperne sekretariatsbetjenes af Regionalt Sundhedssamarbejde.

Arbejdsgrupperne vil gennemgå den nye generelle sundhedsaftale for at identificere de områder, hvor der er behov for at udarbejde en aftaletekst, som specifik retter sig mod patienter med erhvervet

hjerneskade. På baggrund af gennemgangen udarbejder arbejdsgrupperne aftaleteksten.

## **10. Status på arbejdet med forløbsprogram for lænde-rygsmerter.**

### Indstilling:

- At Sundhedsstyregruppen tager orienteringen til efterretning.

### Beslutning

Indstillingen godkendt. Det præciseres, at der er igangsat 2 litteraturstudier på lænderyg-området: Region Midtjylland har igangsat et studie, der er færdigarbejdet primo maj og som præsenteres på forløbsprogramgruppens 1. møde den 20. maj 2010. Endvidere har Århus Kommune, koordineret med Region Midtjylland, igangsat et studie, som planlægges færdigarbejdet pr. 1. september 2010, og som præsenteres for forløbsprogramgruppen i efteråret.

### Sagsfremstilling:

Sundhedsstyregruppen godkendte på sit møde den 15. april 2009 en kort processkitse for udarbejdelsen af et forløbsprogram på muskelskelet området. Medio 2009 udpegede direktionen i Region Midtjylland et formandskab for forløbsprogrammet bestående af cheflæge Lisbeth Kallestrup, RH Silkeborg, Sundhedschef Lene Jensen, Randers Kommune og regionspraksiskoordinator Jens Rubak.

Formandskabet har løbende afholdt møder og har på baggrund heraf besluttet at afgrænse forløbsprogrammets fokus til lænderyg-området. Lænderyg-området er netop karakteriseret ved ofte lange behandlingsforløb på tværs af sektorer. Som et led i det forberedende arbejde har formandskabet igangsat et litteraturstudie til belysning af evidensen på området, og der er ligeledes igangsat en række fokusgruppe-interviews, der skal belyse de erfaringer og holdninger, som borgere med lænderygsmerter har til indsatsen. Resultaterne fra begge undersøgelser foreligger ca. 1. maj og kan indgå i forløbsprogramgruppens arbejde.

Formandskabet har ligeledes igangsat processen omkring indstilling af medlemmer til forløbsprogramgruppen. Indstillingen af medlemmer til forløbsprogramgruppen tager afsæt i de samme principper som ved udpegningen til de eksisterende forløbsprogramgrupper, dvs. repræsentation fra alle sektorer og klynger samt faglig ekspertise fra de involverede faggrupper.

Idet patientforløbet for lænderyg-patienter ofte involverer flere faggrupper – både i praksissektoren og på hospitalet – nedsættes en relativ stor forløbsprogramgruppen. For at understøtte en effektiv arbejdsproces planlægges der derfor undervejs nedsat en mindre

arbejdsgruppe, som får et særligt ansvar for at bearbejde forløbsprogramgruppens input ift. At udvikle forløbsprogrammet. En oversigt over de parter, som skal indstille medlemmer til forløbsprogrammet, er vedhæftet.

Forløbsprogramgruppen forventes endeligt udpeget medio april og afholder 1. møde den 20. maj.

Den overordnede tidsplan for processen er:

Maj 2010 – maj 2011	Udarbejdelse af forløbsprogram
Maj 2011 – oktober 2011	Faglig høring og behandling af høringssvar
Oktober 2011 – december 2011	Politisk behandling i region og kommuner
2012	Implementering

Bilag:

- Forløbsprogramgruppens sammensætning

## **12. Proces for monitorering og evaluering af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom i Region Midtjylland**

Indstilling:

- At Sundhedsstyregruppen drøfter processen for udviklingen af monitoreringsindsatsen vedr. forløbsprogrammerne for kronisk sygdom drøftes

Beslutning

Punktet blev behandlet meget kort og vil blive behandlet på et kommende møde i Sundhedsstyregruppen.

Der vil blive eftersendt et notat til orientering vedr. monitorering af forløbsprogrammer i Region Midtjylland.

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, arbejdes der i øjeblikket på at udvikle en overordnet ramme som beskriver de forskellige monitoreringsinitiativer. Den overordnede ramme for monitoreringen og evaluering af forløbsprogrammerne, beskriver de forskellige monitoreringsindsatser, som planlægges udfoldet på tværs af sektorerne. Ud over det rent kliniske målinger, 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 tre monitoreringsinitiativer 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 monitorere om placering og tilknytning lever op til forløbsprogrammernes anbefalinger (stratificering, faseopdeling)

Derudover 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, bestående af medlemmer fra de tre forløbsprogramgrupper. Grupperne skal primært arbejde med at udvikle forløbsprogramspecifikke monitoreringsstandarder og tjeklister, som relaterer sig til forløbsprogrammernes implementering samt sikre det tværsektorielle perspektiv i monitoreringen af de respektive forløbsprogrammer.

Forløbsprogrammets formandskaber fungerer som styregruppe for dette monitoreringsarbejde 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.

### **Kommende proces**

Umiddelbart efter mødet i Sundhedsstyregruppen vil udkastet til den overordnede monitoreringsramme, indeholdende bla. status vedrørende de tre monitoreringsredskaber og en oversigt over hvornår de kan finde anvendelse, blive udsendt. Udkastet vil blive drøftet i alle klynger i regionen i løbet af foråret og i de tre forløbsprogramgrupper, og der vil være mulighed for at kommune, almen praksis og hospital kan bidrage med inputs og ideer, og således sikre det tværsektorielle perspektiv på monitoreringen. Den endelige monitoreringsramme vil blive forelagt Sundhedsstyregruppen til godkendelse på næste møde i september 2010.

Det planlægges, at resultater af monitoreringen forelægges klyngestyregrupperne en gang årligt, hvorefter de samlet vil blive præsenteret for Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget. Foruden dette vil der løbende blive samlet op i klyngestyregrupper og implementeringsgruppe vedr. de enkelte initiativer.

### **13. Eventuelt**

Der blev spurgt til, hvordan praktiserende læger og hospitaler orienterer patienter om kommunale sundhedstilbud.

Det kan efterfølgende tilføjes, at praktiserende læger indhenter oplysninger om kommunale sundhedstilbud via praksis.dk. Hospitalerne indhenter oplysninger om kommunale sundhedstilbud via praksis.dk eller e-dok.

På baggrund af oplysningerne orienteres patienten om det kommunale sundhedstilbud. Som hovedregel, er det patienten selv, som efterfølgende kontakter kommunen.