

Viborg, den 18. november 2011



Referat
af
mødet i Sundhedsstyregruppen
10. november 2011

Indholdsfortegnelse

Pkt. Tekst	Side
1 Omlægning af det neurologiske område i Region Midtjylland	1
2 Temadrøftelse - forebyggelse og sundhedsfremme	3
3 Godkendelse af sundhedsaftale om den palliative indsats	4
4 Godkendelse af sundhedsaftale på demensområdet	7
5 Opmærksomhedspunkter fra KL vedr. hjerneskadeområdet	10
6 Eventuelt	11

1-01-72-57-08

1. Omlægning af det neurologiske område i Region Midtjylland

Det indstilles,

- at** Sundhedsstyregruppen godkender, at der udarbejdes tillæg til sundhedsaftalerne som følge af omlægninger af neurologien
- at** processen følger principper i sundhedsaftalerne for den gode opgaveoverdragelse
- at** der udpeges to kommunale repræsentanter til implementeringsgruppen for omlægningen af neurologien

Sagsfremstilling

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 vedtaget en omlægning, der imødekommer sparekravet, og som er i overensstemmelse med det neurologiske specialråds anbefalinger samt Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011.

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

Der skal samtidig ske en stor omlægning fra stationære til ambulante forløb gennem etablering af neurologiske dag/TCI-klinikker på afdelingerne i Holstebro og Aarhus. På disse klinikker vil mange patienter med mistanke om apopleksi kunne blive udredt og behandlet 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.

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 antal-

let af senge til rehabilitering på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Det skal også sikres, at der ikke er ventetid til specialiseret genoptræning.

Med omlægningen vil alle regionens borgere modtage et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet, og Region Midtjylland vil videreudvikle de eksisterende positive resultater for behandlingen af apopleksi-patienter. En opgørelse fra 2010 fra det Nationale Indikator Projekt viser f.eks., at 30-dages dødeligheden for patienter, der er behandlet på Aarhus Universitetshospital er næsten 50 % lavere end landsgennemsnittet. Det er en af årsagerne til, at den nye model for apopleksi-forløb bygger på erfaringer fra Aarhus Universitetshospital, herunder erfaringer med udgående apopleksiteams.

Omlægningerne betyder ændrede snitflader til kommunerne, og administrationen indstiller som følge heraf, at der udarbejdes tillæg til sundhedsaftalerne. Den anbefales endvidere, at processen følger de fastsatte principper i sundhedsaftalerne for den gode opgaveoverdragelse.

Der skal desuden nedsættes implementeringsgruppe, der skal koordinere de endelige omlægninger og komme med en plan for en dataovervåget opfølgning af kvaliteten for hele forløbet for apopleksi-patienter. Formandskabet er delt mellem afdelingschef Christian Boel, Sundhedsplanlægning, og centerchef Inger Schaumburg, Hoved-Neurocenteret, Aarhus Universitetshospital. Til gruppen udpeges to repræsentanter fra hver hospitalsenhed samt en repræsentant fra almen praksis. Det anbefales, at Sundhedsstyregruppen ligeledes udpeger to kommunale repræsentanter til deltagelse i gruppen.

Afdelingschef Christian Boel fra Sundhedsplanlægning vil orientere yderligere om den nærmere proces på mødet den 10. november.

Beslutning

Afdelingschef i Region Midtjylland Christian Boel orienterede på mødet om omlægningerne på det neurologiske område. Plancherne er vedlagt referatet.

Indstillingerne godkendt, dog er der mulighed for at kommunerne deltager med 3 repræsentanter i implementeringsgruppen.

Bilag

- [dagsordenpunkt neurologi-26okt2011](#)
- [implementeringsnotat-26okt2011](#)

1-01-72-57-08

2. Temadrøftelse - forebyggelse og sundhedsfremme

Det indstilles,

- at** sundhedsstyregruppen træffer beslutning om, hvilke udviklingsområder der skal prioriteres i det fremtidige tværsektorielle samarbejde for sundhedsfremme og forebyggelse

Sagsfremstilling

Sundhedsfremme og forebyggelse er væsentlige elementer i sektorsamarbejdet og er således også en del af sundhedsaftalen for 2011-2014.

Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse har haft en række drøftelser om det fremtidige tværsektorielle samarbejde vedr. de udviklingsområder, der fremgår af sundhedsaftalen. Der er behov for på strategisk niveau at sætte retning for samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse. Sundhedsstyregruppen skal derfor på mødet træffe beslutning om, hvilke udviklingsområder der skal prioriteres i det fremtidige tværsektorielle samarbejde for sundhedsfremme og forebyggelse

Temadrøftelsen vil blive struktureret om følgende spørgsmål:

- **Hvad er perspektiverne for forebyggelse og sundhedsfremme?**
Oplæg ved Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (Region Midtjylland)- herefter fælles drøftelse
- **Hvilke områder indenfor forebyggelse og sundhedsfremme, skal der sættes på i det tværsektorielle samarbejde?**
Kort præsentation af temagruppens arbejde v. Pia Moldt, medformand for Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse - herefter fælles drøftelse samt beslutning om prioritering af udviklingsområder indenfor sundhedsfremme og forebyggelse.
- **Hvordan gøres emnet politisk interessant?**
- fælles drøftelse

Baggrund og udviklingsområder

Sundhedsaftalen peger på en række udviklingsområder, som der i aftaleperioden kan arbejdes med. Sundhedsstyregruppen har tidligere truffet beslutning om, at der skal udarbejdes et forløbsprogram for depression. I forhold til de øvrige udviklingsområder har temagruppen udarbejdet en række anbefalinger til det videre arbejde, som er vedlagt som bilag.

Udviklingsområder:

- Overvægt
- Alkohol
- Rygning

- Mental sundhed
- Social lighed
- Samtidig psykisk og somatisk sygdom

Beslutning

Inge Wittrup, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling holdt et oplæg om forebyggelsesindsats - og forebyggelse, der virker. Plancherne er vedlagt.

Pia Moldt (formand for temagruppen for forebyggelse og sundhedsfremme) orienterede om temagruppens arbejde. Plancherne er vedlagt.

Kredsen drøftede kort de udpegede udviklingsområder. Beslutningen om prioritering blev udsat til næste møde. Temagruppen for sundhedsfremme og forebyggelse får til opgave inden næste møde i Sundhedsstyregruppen den 9. februar 2012 at udarbejde et oplæg til en konkret prioritering.

Bilag

- [Oversigtsskema - udviklingsområder](#)
- [Anbefalinger vedr. udviklingsområder](#)

1-30-72-121-09

3. Godkendelse af sundhedsaftale om den palliative indsats

Indstilling

Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen indstiller, at sundhedsaftalen vedr. den palliative indsats sendes videre til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

Sagsfremstilling

Sundhedskoordinationsudvalget vedtog på sit møde den 1. december 2010, at der udarbejdes en sundhedsaftale om den palliative indsats.

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

Sundhedsaftalen består af en politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig del.

Udover at udarbejde sundhedsaftalen, 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 forløb ig oversigt over kommunernes tilbud om palliativ fysioterapi og ergoterapi samt en foreløbig oversigt over antal palliative nøglepersoner.

Udformingen af den sundhedsfaglige del af aftalen tager udgangspunkt i indholdet og elementer i den generiske model for forløbsprogrammer. Dette begrundes i, at der snart vil udkomme nationale kliniske retningslinjer for udvalgte områder i den palliative indsats og, at det bliver lettere at indarbejde disse retningslinjer i sundhedsaftalen, efterhånden som de bliver offentliggjort. Det foreliggende udkast til aftale er derfor ikke et forløbsprogram.

Når den generiske model anvendes, skal de sundhedsfaglige indsatser, som kommuner, hospitaler, hospicer og praktiserende læger yder, beskrives. Dette medfører, at den sundhedsfaglige del af aftalen bliver omfattende. Langt hovedparten af de indsatser, der er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen, tilbydes i dag. Indsatserne ligger stort set inden for rammen af lovgivningen på det palliative område. Aftalen er således en samordning af de aftaler og indsatser, der er i dag.

Der foreslås følgende nye indsatser i sundhedsaftalen:

Kommunerne: Nyt i forhold til gældende praksis:

Aftalens forslag til nye opgaver for kommunerne i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalen planlægger og 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 uhensigtsmæssige indlæggelser og, at brugen af åbne indlæggelser reduceres. Hvis Det Palliative Team er inddraget, deltager det i stedet for praktiserende læge.

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

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hjemmesygeplejerskerne screener for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af et screeningsskema. Det vil betyde, at hjemmesygeplejerskerne skal introduceres til brugen af screeningsskemaet. Ved at anvende screeningsskemaet 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. Prisen for uddannelsen er kr. 13.404.

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:

Aftalens forslag til nye opgaver for hospitalerne i forhold til gældende praksis:

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hospitalerne (de relevante sengeafsnit) screener patienterne for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af det screenings-skema, 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. Den resterende udgift på kr. 7.213 afholdes af den centrale uddannelsespulje i Region Midtjylland.

Almen praksis: Nyt i forhold til gældende praksis:

Aftalens forslag til nye opgaver for de praktiserende læger i forhold til gældende praksis:

Det fremgår af sundhedsaftalen, at de praktiserende læger/vagtlæger screener patienterne for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af det screenings-skema, 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 u hensigtsmæssige indlæggelser forebygges og, at brugen af åbne indlæggelser reduceres.

Denne opgave er omfattet af de praktiserende lægers basishonorar.

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. En redigeret version af aftalen lægges på www.praksis.dk til brug for de praktiserende læger. Det skal afklares, om der udarbejdes en lommeudgave til kommunerne.

Aftalen har været til kommentering i Praksisudvalget den 10. oktober 2011. Endvidere besluttede Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg på møde den 12. oktober 2011, at der skulle være mulighed for kommuner og hospitaler at fremsende eventuelle kommentarer til aftalen senest den 3. november 2011. Eventuelle kommentarer medtages til mødet i Sundhedsstyregruppen.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Bilag

- [Politisk og administrativ sundhedsaftale om den palliative indsats](#)

1-30-72-121-09

4. Godkendelse af sundhedsaftale på demensområdet

Indstilling

Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen indstiller, at sundhedsaftalen vedrørende indsatsen på demensområdet videresendes til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

Sagsfremstilling

Af den generelle sundhedsaftales afsnit vedr. indsatsen for mennesker med psykisk sygdom (politisk samt administrativ del) fremgår, at der skal udarbejdes en sundhedsaftale vedrørende indsatsen på demensområdet.

Sundhedskoordinationsudvalget vedtog på sit møde den 1. december 2010 kommissorium for sundhedsaftalen vedrørende indsatsen på demensområdet.

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.

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 specialniveaue samt en oversigt over demenskon-sulenter i kommunerne.

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

Når den generiske model anvendes, skal de sundhedsfaglige indsatser og tilbud, som kommuner, hospitaler og praktiserende læger yder, beskrives. Dette medfører, at den sundhedsfaglige del af aftalen bliver omfattende. Da aftalen er en samordning af de aftaler og indsatser, som allerede foregår i dag, sker langt hovedparten af de indsatser, som er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen, allerede. De beskrevne tilbud og ind-

satser ligger inden for lovgivningen på demensområdet med undtagelse af et enkelt område (en kommunal sundhedsfaglig kontaktperson).

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

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.

Der vil blive lavet et oplysningsmateriale i form af lommehåndbøger og af plakater, som kan hænges op de steder, hvor personalet færdes. Det er Servicestyrelsens midler til regionen, som finansierer.

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.

Hospitaller: Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalen skal relevant udredning af demens foregå på specialiseret lægefagligt niveau og -område. Dette vurderes ud fra funktionsevner og funktionsproblemer hos den udredte person. Det begrundes med, at de nyere avancerede undersøgelsesmetoder, som findes i dag, kan stille en mere præcis demensdiagnose (type af demens), og at der kan igangsættes medicinsk antidemensbehandling, som kun kan iværksættes af de lægelige specialister på området (neurolog, gerontopsykiater 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. I dag sker udredning af demens nogle steder i regionen ud fra et alderskriterium, hvilket medvirker til, at nogle personer med demens ikke sikres den rette udredning. Dette kan både virke aldersdiskriminerende og dobbelt ressourceforbrugende.

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, og at oplysningsplakaterne også sættes op i disse sengeafsnit.

Praktiserende læger: Nyt i forhold til gældende praksis:

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

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

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

Sundhedsaftalen lægges ind i regionens e-Dok til brug for hospitalerne og de kommuner, der anvender e-Dok. Til de praktiserende læger skal der udarbejdes en reduceret udgave af sundhedsaftalens sundhedsfaglige del, så kun indhold, som er relevant for disse, lægges i regionens Praksis.dk. Det er under afklaring, hvordan aftalen skal være tilgængelig for det kommunale relevante personale.

Aftalen har været til kommentering i Praksisudvalget den 10. oktober 2011. Endvidere besluttede Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg på møde den 12. oktober 2011, at der skulle være mulighed for kommuner og hospitaler at fremsende eventuelle kommentarer til aftalen senest den 3. november 2011. Eventuelle kommentarer medtages til mødet i Sundhedsstyregruppen.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Bilag

- [Politisk og administrativ del af sundhedsaftale på demensområdet i Region Midtjylland](#)

1-01-72-43-07

5. Opmærksomhedspunkter fra KL vedr. hjerneskadeområdet

Administrationen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning

Sagsfremstilling

KL udsendte den 22. september 2011 et brev med tilhørende notat til relevante aktører på hjerneskadeområdet vedr. en række anbefalinger til det videre arbejde med at skabe nye veje til bedre sammenhæng og kvalitet for borgere, der har en hjerneskade. Baggrunden for KL's brev er, at Sundhedsstyrelsen har offentliggjort forløbsprogrammer for hhv. voksne samt børn og unge med erhvervet hjerneskade.

KL's notat "Opmærksomhedspunkter til videreudvikling af hjerneskaderehabilitering i det nære sundhedsvæsen - nye veje til bedre sammenhæng og kvalitet for borgeren" er vedlagt.

I notatet gør KL opmærksom på en række forhold, som relaterer sig til sundhedsaftalerne på hjerneskadeområdet. Følgende skal fremhæves:

Kommunerne skal være specielt opmærksomme på de få børn og unge med erhvervet hjerneskade. De har ofte vanskeligheder, der kræver en særlig indsats, og nogle følger viser sig først i undervisnings-/udviklingsforløbet længe efter skaden er opstået. Hjerneskadесamrådet i Region Midtjylland har fokus på denne problemstilling, og som følge heraf er der udarbejdet en sundhedsaftale om børn og unge med erhvervet hjerneskade, hvori bl.a. denne problemstilling er omtalt.

I samarbejdet mellem kommunerne og hospitalerne i forbindelse med og efter udskrivning fremhæver KL bl.a., at kommunerne skal inddrages tidligt i forløbene, at der afholdes udskrivningsmøde i komplekse sager og, at der skal følges op på de områder, der ikke fungerer godt nok. Den tidlige inddragelse af kommunerne og afholdelse af udskrivningsmøder er indarbejdet i begge sundhedsaftaler på hjerneskadeområdet. Det er derfor forventningen, at kommunerne og hospitalerne arbejder med disse opmærksomhedspunkter i forbindelse med, at sundhedsaftalerne implementeres. I forhold til opfølgningen på uhensigtsmæssigheder i forløbene kan kommunerne og hospitalerne rejse de pågældende problemstillinger i Hjerneskadесamrådet eller klyngerne mhp. en løsning af problemerne.

KL fremhæver i notatet, at kommunerne skal være opmærksomme på, at der løbende bliver fulgt op på komplekse sager eller sager med en uhensigtsmæssig udvikling. Dette opmærksomhedspunkt er også indeholdt i begge sundhedsaftaler i og med, at det netop er fremhævet, at kommunerne skal følge forløbene.

Vigtigheden af en kommunal hjerneskadekoordinatorfunktion er omtalt i KL's notat. Det fremgår af notatet, at nogle kommuner har erfaring for, at der ligger en stor gevinst i at sikre koordinering på tværs af kommunen. Sundhedsstyrelsen anbefaler i forløbsprogrammerne, at kommunerne har en hjerneskadekoordinatorfunktion. Etableringen af en hjerneskadekoordinatorfunktion og et hjerneskadeteam er ligeledes fremhævet som en anbefaling i begge sundhedsaftaler.

KL sætter fokus på kompetenceudvikling således, at de faggrupper, der arbejder med hjerneskadede borgere, har de nødvendige neurofaglige kompetencer. Kompetenceudviklingen er en målsætning i sundhedsaftalerne. I sundhedsaftalerne måles på deltagelsen i de kurser, Hjerneskadesamrådet udbyder via Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Det skal dog understreges, at kompetenceudviklingen kan ske via andre uddannelses tilbud.

KL fremhæver i notatet, at kommunerne skal forholde sig til den tilbudsvifte, de råder over og, at Rammeaftalen 2012 skal sætte rammen for en drøftelse af, hvordan de specialiserede tilbud til udvikle sig fremover således, at borgeren sikres relevant specialiseret rehabilitering, som den enkelte kommune ikke kan tilvejebringe alene. Dette opmærksomhedspunkt er indirekte berørt i begge sundhedsaftaler, da det fremgår, at kommunerne skal sikre hurtig etablering af relevante tilbud til borgerne - evt. i samarbejde med andre kommuner eller regionale rehabiliteringssteder.

Endelig fremgår det af KL's notat, at kommunerne skal understøtte forskning i samarbejde med regionen. Dette er ikke indeholdt i sundhedsaftalen, men er tilgodeset via "Folkesundhed i Midten", som yder økonomisk støtte til tværsektorielle forskningsprojekter.

I forhold til sundhedsaftalerne på hjerneskadeområdet skal det bemærkes, at Regionsrådet godkendte begge sundhedsaftaler på sit møde den 28. september 2011. Nære Sundhedstilbud afventer tilbagemeldinger fra kommunerne ang. godkendelse af aftalerne. Når aftalerne er godkendt, skal de implementeres lokalt i klyngerne.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Bilag

- [Opmærksomhedspunkter hjerneskadeområdet KL](#)

1-01-72-57-08

6. Eventuelt

Vicedirektør i Region Midtjylland Kjeld Martinussen orienterede om akutaftalen om styrket samarbejde med almen praksis på det akutte område. Aftalen er en del af implementeringen af regionens akutplan. De primære elementer i aftalen omhandler: énstrenget visitationsordning, almen praksis som lægefaglig backup for akutklinikker i akuttid samt

samarbejde med lægevagten i akutafdelinger. Det forventes, at aftalen behandles i forretningsudvalget den 6. december 2011 og i regionsrådet den 14. december 2011. Når aftalen er godkendt udsendes den til kommunerne til orientering. Plancher er vedlagt referatet.