

Viborg, den 13. februar 2013
/DORKLI



Referat
til
mødet i Sundhedsstyregruppen
4. februar 2013 kl. 14:00

1-34-72-4-10

1. KKR Midtjylland - fælles kommunale mål for det nære sundhedsvæsen

Administrationen indstiller,

at Sundhedsstyregruppen drøfter KKR's udspil til opfølgning på det nære sundhedsvæsen.

Sagsfremstilling

Anders Kjærullf præsenterer på mødet KKR's udspil til opfølgning af KL's oplæg om det nære sundhedsvæsen. KKR's målsætninger vil herefter blive drøftet ved bordene.

På KKR Midtjyllands møde den 6. november 2012 blev det drøftet, hvordan der kan ske en opfølgning på initiativerne i udspillet – det nære sundhedsvæsen – og som kommunerne ved økonomiforhandlingerne med regeringen i 2012 blev anerkendt for med tildelingen af 300 mio. kr.

I forlængelse af drøftelserne i KKR den 6. november 2012 har KOSU m.fl. udarbejdet et notat (se bilag), der beskriver en opfølgningsproces for det nære sundhedsvæsen. Målet med opfølgningsprocessen på sundhedsområdet er at nå frem til en fælles forpligtelse mellem kommunerne om, hvilke sundhedsydelser man leverer til borgerne – og hvad man kan forvente, som samarbejdspart, at alle kommuner i regionen kan løfte. Det gælder både de indsats, der kan aflaste sygehusene og indsats, som bidrager til at gøre borgerne mere selvhjulpne. De væsentligste samarbejdsparter er regionen, hospitalerne og de praktiserende læger.

De målsætninger, der foreslås drøftet og godkendt er følgende:

1. Kommunerne skal medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser
2. Alle kommuner skal have tilbud af høj kvalitet til kronisk syge
3. Alle kommuner skal implementere en fælles kvalitetsmodel for det tværfaglige samarbejde om komplekse genoptræningsopgaver
4. Alle kommuner skal arbejde med bedre sammenhænge indenfor voksenpsykiatrien

De politiske målsætninger er rettet mod at tydeliggøre, hvilke ydelser kommunerne som minimum kan levere, og hvilken kvalitet man kan forvente. Der er naturligvis forskellighed i vilkår, kompetencer og prioriteringer mellem kommunerne, og derfor vil der også være forskellighed i tilbud, indhold mv. og i modellerne for, hvordan man udmønter målsætningen. Målsætningerne er ikke tænkt som et ydelseskatalog, der favner alle tilbud i alle kommuner, men som en fælles basis på tværs af kommunerne. Fokus er på at finde ensartethed på trods af forskelligheder.

Beslutning

Anders Kjærulff præsenterede KKR Midtjyllands oplæg til fælles kommunale målsætninger på sundhedsområdet. Oplægget er vedlagt.

Regionen kvitterede for kommunernes indbyrdes samarbejde og det fælles udspil. Der var en række tilkendegivelser i kredsen:

- Opbakning til mere kommunal ensartethed, men pas på ikke at bremse spydspids kommuner
- Nødvendigt med fokus på det optimale patientflow og dermed fokus på gennemsigthed og adgang i tilbudene
- Nødvendigt med større fokus på kvalitetsmål og kvalitetsopfølgning på tværs af sektorer.

Endvidere var der et forslag om, at konferencen på psykiatriområdet arrangeres i fællesskab med regionen.

Bilag

- [710 2013 25381 Notat Opfølgningen på det nære sundhedsv.docx](#)

1-30-72-56-12

2. Udspil til visioner for speciallægepraksisområdet

Administrationen indstiller,

at Sundhedsstyregruppen drøfter udspillet til visioner for speciallægepraksisområdet

Sagsfremstilling

Nære Sundhedstilbud præsenterer på mødet et udspil til visioner for speciallægepraksisområdet. Der vil herefter være en drøftelse af visionerne.

Ifølge Overenskomst om speciallægehjælp indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) samt Sundhedsloven skal der i hver valgperiode foretages en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

Den gældende praksisplan blev udarbejdet i Regionsrådets første valgperiode og blev godkendt i december 2009. Der tages nu initiativ til at påbegynde en revision og fornyelse af den gældende plan.

Administrationen har udarbejdet et første udkast til en beskrivelse af visioner for speciallægepraksisområdet. Udkastet er vedlagt som inspiration til en drøftelse i Sundhedsstyregruppen.

Den nye overenskomst er til forskel fra tidligere opdelt i en langsigtet udviklingsdel og en reguleringsdel, der alene omfatter overenskomstperioden. Opdelingen udtrykker et øget fokus på fornyelse og udvikling af praksisområdet som en del af og i takt med det øvrige sundhedsvæsen. Hvis disse visioner i overenskomsten skal realiseres kræver det konkrete planer og handlinger hos overenskomstens parter lokalt. I det lys bliver praksisplanen et centralt og vigtigt redskab.

Det er endelig vigtigt, at sikre, at speciallægepraksisplanen ligger indenfor rammerne af og er i overensstemmelse med regionens sundhedsplan.

Indholdet i praksisplanen

De helt overordnede rammer for sundhedsvæsenet og for praksissektoren som en del heraf er fastlagt i Sundhedsloven. Ifølge loven skal borgerne sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling.

De konkrete rammer for planlægningen på speciallægeområdet beskrives i overenskomstens kapitel 2, hvoraf det bl.a. fremgår, at

- der med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren – med udgangspunkt i det enkelte speciale - skal foretages en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening
- praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt
- praksisplanlægningen ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet skal sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.

Opgavefordeling

Som en del af arbejdet med praksisplanen skal det undersøges, om opgavefordelingen mellem praktiserende speciallæger, hospitaler og almen praksis kan optimeres og der kan udarbejdes forslag, der øger muligheden for at udnytte den samlede speciallægekapacitet (på hospitalerne og i speciallægepraksis) og de økonomiske ressourcer optimalt.

Bl.a. skal mulighederne for at flytte opgaver – helt eller delvist - fra sygehusenes ambulatorier til speciallægepraksis overvejes. I henhold til Overenskomst om Speciallægehjælp kan regionen og de praktiserende speciallæger fremover aftale, hvordan op til 20 % af de praktiserende speciallægers kapacitet kan anvendes. Disse nye muligheder skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen.

Overenskomstparterne er enige om, at de forandringer der i disse år gennemføres med hensyn til sygehusstruktur og samling af specialer og funktioner på større enheder, aktualiserer behovet for, at der også fremover findes nære tilbud til de patienter, der ikke har brug for sygehusbehandling. Her spiller speciallægepraksis en væsentlig rolle. Det

kan være ønskeligt at løse flere opgaver i primærsektoren, men det er samtidig vigtigt, at en eventuel opgaveflytning til praksisområdet ikke sker på bekostning af kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse. Med andre ord skal en opgaveflytning være begrundet i, at de konkrete sundhedsydelser kan produceres billigere med mindst samme kvalitet og gerne tættere på borgeren, end ydelserne i dag produceres (eller i fremtiden vil blive produceret) på offentlige eller private hospitaler.

Kapacitet og rekruttering

På baggrund af den demografiske udvikling, befolkningsgrundlaget på tværs af regionen og de ambulante hospitalsfunktioner foretages en planlægning af den fremtidige kapacitet af speciallægepraksis. Herunder om det vil være hensigtsmæssigt at oprette, nedlægge eller flytte speciallægepraksis.

I praksisplanlægningen skal der tages stilling til hvordan rekruttering og fastholdelse af praktiserende speciallæger kan sikres.

F.eks. skal praksisplanen indeholde

- en analyse af rekrutteringsgrundlaget, -behovet og -problemerne i forhold til de enkelte specialer og de forskellige geografiske områder af Region Midtjylland
- forslag til tiltag, der kan forbedre rekrutteringen til de forskellige specialer,
- forslag til tiltag, der kan forbedre rekrutteringen til praktiserende speciallæge efter endt specialeuddannelse (herunder også geografiske problemstillinger),
- forslag til tiltag, der kan forbedre fastholdelsen af praktiserende speciallæger.

Kvalitet

Med udgangspunkt i overenskomsten og tilhørende protokollat om kvalitetsudvikling beskrives, hvordan Region Midtjylland vil arbejde med kvalitetsudvikling og -sikring i speciallægepraksis. F.eks. kliniske retningslinjer, datafangst og diagnosekodning, udvikling af indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser, Den Danske Kvalitetsmodel mv.

Beslutning

Jens Bejer Damgaard præsenterede det indledende administrative udspil til visioner for speciallægepraksis.

Kommunerne ytrede ønske om at blive yderligere inddraget i processen, og dette vil ske via Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen.

Bilag

- [Speciallægepraksisplan 2012 - visionsafsnit 1. udkast](#)

1-01-72-20-12

3. Revision af Hjerneskedesamrådets kommissorium

Administrationen indstiller,

- at** processen for udarbejdelse af nyt kommissorium for Hjerneskedesamrådet godkendes
- at** der nedsættes to hjerneskedesamråd - et for voksenområdet og et for børne-ungeområdet

Sagsfremstilling

Hjerneskedesamrådet blev nedsat af Sundhedskoordinationsudvalget i 2007. Gældende kommissorium er vedlagt.

Efter at have fungeret i ca. 5 år er der behov for at revideres Hjerneskedesamrådets kommissorium. Rammen for Hjerneskedesamrådet skal være forløbsprogrammerne for hhv. voksne og børn med erhvervet hjerneskade, MTV om hjerneskederehabilitering, sundhedsaftalerne om hhv. voksne samt børn og unge med erhvervet hjerneskade og KL's udspil "En styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade".

Formålet med revisionen af kommissoriet er, at der skal sikres en koordinering mellem sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet således, at der er sammenhæng mellem Sundhedsstyregruppen/Sundhedskoordinationsudvalget og DASSOS. Referencen skal være tydelig. Derudover er formålet at sikre, at fokus på børne-ungeområdet øges.

Hjerneskedesamrådet anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som udarbejder nyt kommissorium. Følgende kan repræsenteres i arbejdsgruppen:

- Repræsentanter for kommunernes og regionens socialområde og sundhedsområde (udpeges af DASSOS, Sundhedsstyregruppen og hospitalsledelserne)
- Repræsentant fra almen praksis
- Sekretariatet for rammeaftaler
- KOSU-sekretariatet
- Formandskabet for Hjerneskedesamrådet
- Nære Sundhedstilbud

Hjerneskedesamrådet anbefaler, at der nedsættes to hjerneskedesamråd, som får hver sit kommissorium - et for voksenområdet og et for børne-ungeområdet. Begge hjerneskedesamråd arbejder med erhvervede hjerneskedes. Formandskaberne for begge hjerneskedesamråd forpligter sig til at koordinere deres arbejde og afholde et årligt fælles møde for de to hjerneskedesamråd.

Hjerneskedesamrådet anbefaler, at følgende repræsenteres i de nye hjerneskedesamråd:

- Ledere og medarbejdere fra hospitalerne (akutte fase og rehabiliteringsfase)
- Ledere og medarbejdere fra socialområdet i kommunerne og regionen
- Ledere og medarbejdere fra sundhedsområdet i kommunerne
- Almen praksis
- Sekretariatet for rammeaftaler
- KOSU-sekretariatet

- Nære Sundhedstilbud
- Uddannelsesområdet
- PPR (børne-unge hjerneskadesamrådet)
- Arbejdsmarkedsområdet (voksenhjerneskadesamrådet)

Når Sundhedsstyregruppen har behandlet processen for udarbejdelse af nye kommissorier, nedsættes arbejdsgruppen. Arbejdsgruppens udkast til nye kommissorier behandles af DASSOS, Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Beslutning

Kommunerne udtrykte bekymring for oprettelsen af to hjerneskadesamråd. Sagen blev udsat og behandles på møde i Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen d. 8. april 2013.

Bilag

- [Kommissorium](#)

1-30-72-99-12

4. Sundhedsaftale om rehabilitering i forbindelse med kræft

Administrationen indstiller,

at udkastet til sundhedsaftale om rehabilitering i forbindelse med kræft godkendes.

Sagsfremstilling

En tværsektoriel arbejdsgruppe har med udgangspunkt i "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" udarbejdet udkast til en sundhedsaftale om rehabilitering i forbindelse med kræft.

De overordnede formål med sundhedsaftalen om rehabilitering i forbindelse med kræft er:

- At sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorerne
- At sikre at rehabiliteringsindsatsen tager udgangspunkt i borgernes behov

Aftalen får følgende betydning:

For almen praksis:

Almen praksis tildeles ikke yderligere opgaver. Deres rolle i forbindelse med rehabilitering af kræftpatienter vil fortsat være at:

- a. Varetage patientens komorbiditet (øvrige sygdomme)

-
- b. Informere om kommunale og frivillige organisationers rehabiliteringstilbud og eventuelt henvise, hvor nødvendigt
 - c. Yde støtte til patient og pårørende

For hospitalerne:

Hospitalerne har fortsat følgende opgaver i forbindelse med rehabilitering:

- a. Sygdomsspecifik rehabilitering (ex. taletræning eller oplæring i brug af stomi)
- b. Udarbejdelse af genoptræningsplaner
- c. Specialiseret ambulans genoptræning
- d. Afholdelse af netværksmøder (For børn og unge)
- e. Kontakt til kommunen vedr. neuropsykologiske tests og iværksættelse af genoptræning (For børn og unge)

Som noget nyt skal hospitalerne ydermere:

- a. Foretage en indledende vurdering af borgerens behov for rehabilitering eventuelt med udgangspunkt i et fælles kommunalt/regionalt behovsvurderingsskema. Såfremt borgeren har behov for rehabilitering sendes oplysninger om borgeren til kommunen.

For kommunerne

Kommunerne har fortsat følgende opgaver i forbindelse med rehabilitering:

- a. Koordinering af forløbet
- b. Almindelig ambulans genoptræning
- c. Særlige kræftrehabiliteringstilbud (træning, samtalegrupper osv.)
- d. Sociale ydelser (sygedagpenge, førtidspension)
- e. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet
- f. Gennemførelse af neuropsykologiske tests (For børn og unge)
- g. Sikre resocialisering efter isolation (For børn og unge)
- h. Yde erhvervs- og uddannelsesvejledning (For børn og unge)

Som noget nyt skal kommunerne endvidere:

- a. Kontakte borgeren for at aftale det videre rehabiliteringsforløb senest 3 hverdage efter, at kommunen er blevet kontaktet af hospitalet
- b. Udarbejde en mundtlig eller skriftlig plan for rehabilitering med udgangspunkt i de tilsendte vurderinger af rehabiliteringsbehovet fra hospitalet, samtale med borgeren samt evt. genoptræningsplan
- c. Foretage vurdering af borgerens rehabiliteringsbehov med udgangspunkt i det fælles kommunale/regionale behovsvurderingsskema, hvis det skønnes nødvendigt

Aftalen er inddelt i en politisk, administrativ samt sundhedsfaglig del. Den sundhedsfaglige del indeholder en oversigt over de opgaver, sektorerne har.

Det videre forløb:

Udkast til aftalen behandles i Sundhedskoordinationsudvalget d. 7. marts. Herefter behandles aftalen i kommunalbestyrelserne og Regionsrådet. Aftalen ventes klar til implementering omkring 1. juni 2013.

Der planlægges at afholde en temadag i efteråret 2013 for relevant sundhedsfagligt personale i de tre sektorer.

Beslutning

Indstillingen godkendt, dog sådan at implementeringen flyttes til 1. september 2013 for derved at give mere tid til den kommunale politiske beslutningsproces.

Bilag

- [Bilag 1 Lovgivning om rehabilitering](#)
- [Bilag 2 Behovsvurderingsskema](#)
- [Bilag 3 Cases med eksempler på rehabiliteringsforløb for voksne](#)
- [Bilag 4 Børne unge case](#)
- [Bilag 5 Kræftens Bekæmpelses tilbud til kræftramte og pårørende i Region Midtjylland](#)
- [Sundhedsaftale sundhedsstyregr](#)

1-30-72-41-13

5. Data vedr. kroniske sygdomme fra DAK-E, præsentation v. Jens Bejer Damgaard

Administrationen indstiller,

- at** Sundhedsstyregruppen tager præsentationen af data til orientering, og
- at** Sundhedsstyregruppen anmoder Økonomi- og opfølgingsgruppen om at inddrage data i gruppens arbejde samt drøfte hvilke data, der er behov for.

Sagsfremstilling

I overenskomsten for almen praksis er det aftalt, at alle praktiserende læger skal kode henvendelser vedr. en række kroniske sygdomme. De praktiserende læger skal i første omgang påbegynde anvendelse af sentinel datafangstmodul i forhold til diabetes, KOL, hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom, stress, angst og depression. DAMD-databasen tilføres dermed nye data, og regionerne skal kvartalsvist modtage rapporter fra DAMD-databasen.

I slutningen af november 2012 kom DAK-E, som bestyrer DAMD-databasen, med et første bud på hvilke data kommunerne og regionerne får adgang til. Data er på kommune- og regionsniveau. Data kan tilgås på nedenstående link:

https://www.dak-it.dk/regioner_kommuner/ - med brugernavnet dk-kommuner og kodeordet rygestop.

Der er blandt andet tale om et regions- og kommunelandkort, hvor man kan se forskelle ved hjælp af forskellige farvevariationer. Vedr. diabetespatienter er der oplysninger om prævalens, diabetesregulering (HbA1c), LDL kolesterol, BMI og systolisk blodtryk. Vedr.

patienter med KOL er der oplysninger om prævalens. Vedr. patienter med forhøjet blodtryk er der oplysninger om blodtryk. Vedr. patienter med KOL, diabetes eller hjertekarsygdom er der oplysninger om rygerstatus. Jens Bejer Damgaard præsenterer data.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

1-30-72-68-10

6. Forløbsprogram for depression

Administrationen indstiller,

at Sundhedsstyregruppen godkender forløbsprogrammet for depression til videre behandling i Sundhedskoordinationsudvalget.

Sagsfremstilling

Som led i samarbejdet om indsatsen for borgere med kronisk sygdom vedtog Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland i juni 2011, at praksissektoren, kommuner og region i fællesskab skulle udarbejde et forløbsprogram for depression.

En forløbsprogramgruppe med et tværsektorielt formandskab og repræsentanter fra praksissektoren (praktiserende læger, psykologer og praktiserende psykiatere), Regionspsykiatrien og kommuner i regionen har på denne baggrund udarbejdet et forløbsprogram for depression.

Der ligger et stort potentiale i at opspore depression tidligt således lidelsen ikke udvikler sig unødigt. Der ud over er der behov for at igangsætte en sammenhængende behandling på tværs af sektorer, der kan være med til at hjælpe mennesker med depression til dels at bevare deres tilknytning til arbejdsmarkedet og dels hindre, at lidelsen udvikler sig til en kronisk depression med tab af livskvalitet til følge.

Forløbsprogrammet for depression er det første forløbsprogram, der udvikles specifikt for mennesker med en psykisk lidelse/sygdom, der kommer i kontakt med mange aktører indenfor både det primære og sekundære sundhedsvæsen samt øvrige kommunale sektorer.

Målgruppen for forløbsprogrammet er voksne med unipolar depression. I udarbejdelsen af forløbsprogrammet er der taget udgangspunkt i allerede eksisterende anbefalinger, sådan som det eksempelvis er tilfældet med Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for unipolar depression hos voksne (2007) og Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression - Diagnostik og behandling, DSAM (2010).

Programmet indeholder en række anbefalinger, som samlet set har til formål at styrke indsatsen for patienter med depression. Formålet er i høj grad at sikre optimal udnyttel-

se og koordinering mellem eksisterende indsatser og aktører, såvel internt i de enkelte sektorer som tværsektorielt. Der er derfor i vid udstrækning taget udgangspunkt i eksisterende indsatser i forløbsprogrammets anbefalinger.

Forløbsprogrammet for depression har været i faglig høring hos relevante interessenter og er blevet tilrettet på baggrund af høringssvarene. Der ud over er der udarbejdet vedhæftede følgenotat.

Beslutning

Indstillingen godkendt.

Bilag

- [Følgenotat - forløbsprogram for depression](#)
- [Forløbsprogram for depression](#)

1-30-72-192-12

7. Styrket forløbskoordinering for den ældre medicinske patient

Administrationen indstiller,

- at** Sundhedsstyregruppen godkender tillægsaftale om implementering af udmøntningsplanen for forløbskoordinering for den ældre medicinske patient.
- at** sundhedsstyregruppen godkender kommissorium for projektgruppen vedr. forløbskoordinering af den ældre medicinske patient.

Sagsfremstilling

Aftalen om satspuljen for 2012-2015 indeholder en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, hvor der på landsplan er afsat en overordnet ramme på ca. 200 mio. kr. over fire år. Den nationale handlingsplan består af 11 konkrete initiativer, der skal reducere antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser og styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet.

Der er særligt 2 initiativer, hvor region og kommuner skal implementere i fællesskab. Det drejer sig om a) fælles forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter, b) opfølgende hjemmebesøg.

Af udmøntningsplanen fremgår det, at initiativerne skal ses i sammenhæng med de eksisterende indsatser i region og kommuner og dermed sikre et løft af disse. Ligeledes skal tiltagene kunne videreføres uden ekstra midler efter 2015. Der er samtidig krav om, at region og kommuner skal monitorere og dokumentere en styrket indsats, ligesom der er ekstern evaluering af initiativerne.

Det fremgår af udmøntningsplanen, at initiativerne skal igangsættes foråret 2013.

Fælles forløbskoordinatorfunktion for særligt svækkede ældre medicinske patienter

Baggrund

Af udmøntningsplanen fremgår det, at der skal etableres fælles regionale/kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter. På landsplan er der i 3 år (2013-2015) afsat i alt 97,4 mio. kr. til initiativet, hvoraf 30 % fordeles til regionerne og 70 % til kommunerne.

Regeringens aftale om udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient blev annonceret i juni 2012. Danske Regioner og KL udsendte den 19. december 2012 et 'rammepapir om fælles forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter', som skal danne grundlag for lokale samarbejdsaftaler mellem region og kommuner om de fælles forløbskoordinatorfunktioner (vedlagt som bilag).

Af regeringens udmøntningsplan fremgår der to sammenhængende hovedopgaver:

- a. Konkret patientrettet forløbskoordinering.
- b. Systematisk kvalitetsudvikling af forløbskoordinering for den ældre medicinske patient herunder indhente og sprede viden og erfaringer om forbedring af patientforløb for de ældre medicinske patienter.

Region og kommuner skal således i fællesskab etablere et fælles kvalitetsudviklingsarbejde og sikre, at der gennemføres konkret forløbskoordination for målgruppen. Forløbskoordinatorfunktionen kan både være fysisk og virtuel. Forløbskoordinatorfunktionen er derved det organisatoriske set-up, hvor det fælles kvalitetsudviklingsarbejde med forløbskoordination foregår.

Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse i regi af sundhedsaftalen har udarbejdet et forslag til en konkretisering af initiativet og som er indarbejdet i vedlagte forslag til en tillægsaftale til sundhedsaftalen. Det fremgår af regeringens udmøntningsplan, at der skal indgås en sundhedsaftale på området.

Forslag til indsats

Der er allerede en lang række initiativer igangsat i region og kommuner i forhold til styrket forløbskoordinering for ældre medicinske patienter. Det drejer sig eksempelvis om fremskudt visitation, udskrivelseskoordinatorer, udgående teams, som på forskellig vis bidrager til at styrke sammenhængen i patientforløbet.

Det er samtidigt en præmis, at der på nuværende tidspunkt ikke findes et samlet overblik over de igangsatte indsatser og deres effekt. Det er derfor vurderingen, at det ikke vil være hensigtsmæssigt på nuværende tidspunkt at rulle en ny samlet model for forløbskoordinering ud i hele regionen.

I stedet er der to primære behov: For det første er der behov for, at der på tværs af klynger sker en systematisk indsamling og spredning af viden om, hvilke indsatser der har bedst effekt. For det andet er der behov for, at der i klyngerne fortsat udvikles og afprøves nye løsninger – også radikalt nye løsninger, som styrker det sammenhængende patientforløb for den ældre medicinske patient.

For at koble disse to elementer foreslås det, at der igangsættes en såkaldt iterativ proces, hvor der løbende og systematisk indhentes og opsamles erfaringer, som danner grundlag dels for tilpasninger af indsatsen og dels for udvikling af nye indsatser. Der lægges derfor op til en tæt kobling mellem lokale initiativer i klynge-regi og en mere tværgående kvalitetsindsats forankret i en tværgående og tværsektoriel projektgruppe. Samlet set skal dette bidrage til en indsats, der systematiserer og udvikler forløbskoordineringen, og dermed bidrager til et bedre forløb for den ældre medicinske patient.

På tværs af klynger etableres en projektgruppe, som får til opgave at udvikle en kvalitetsindsats for 'det gode forløb' og styrke den tværgående systematiske videnopsamling og vidensspredning på tværs af klynger. Projektgruppen skal ligeledes bidrage til koordinering af indsatserne på tværs af klynger samt generere viden om, hvad der virker bedst og dermed identificere indsatser med potentiale for udbredelse. Da initiativet om forløbskoordinering knytter sig tæt til opfølgende hjemmebesøg, vil projektgruppen få til opgave at følge og videreudvikle begge initiativer. Der er vedlagt et forslag til kommissorium.

Klyngerne får til opgave at videreudvikle eksisterende initiativer eller udvikle og afprøve nye løsninger, der styrker den fælles forløbskoordinering i det enkelte patientforløb. Klyngerne skal ligeledes bidrage til projektgruppens arbejde f.eks. ved løbende at afrapportere om udviklingsinitiativer efter aftalte indikatorer mv. samt monitorere og dokumentere indsatsen. Hospitalerne har i samarbejde med kommunerne således ansvar for, at den styrkede indsats kan dokumenteres.

Forslag til tillægsaftale er vedlagt som bilag.

Opfølgende hjemmebesøg

Regionen er i samarbejde med almen praksis og kommunerne i gang med at implementere opfølgende hjemmebesøg i hele regionen. Dette arbejder fortsætter.

Beslutning

Indstillingen godkendt. Kommunerne overvejer at ansætte fælles kommunal projektleder.

Bilag

- [Danske regioner Rammepapir om forløbskoordinatorfunktioner udmøntningsplanen om den ældre medicinske patient](#)
- [udkast tillægsaftale forløbskoordinering ældre med pt](#)
- [udkast kommiss. projektgruppe](#)

1-43-1-06-V

8. Udvidelse af MRSA-enheden med hygiejnesygeplejerske

Administrationen indstiller,

Til orientering og drøftelse

Sagsfremstilling

I 2006 udgav Sundhedsstyrelsen vejledningen 'Forebyggelse af spredning af MRSA' (MRSA = multiresistente bakterier), hvor der bl.a. blev henstillet til, at regionerne - gerne i samarbejde med kommunerne, etablerede en regional MRSA- enhed.

På dette grundlag besluttede Strategisk Sundhedsledelsesforum (Et internt regionalt beslutningsforum) i juni 2009 at etablere en regional MRSA-enhed i Region Midtjylland. Der blev bevilget 250.000 kr. til etableringen, som først og fremmest skulle anvendes på at få et overblik over forekomsten af MRSA-positive patienter i regionen.

Evalueringen af MRSA-enheden primo 2012 viste imidlertid, at der over de sidste tre år på trods af en øget indsats er sket en let stigning i MRSA-forekomsten i Region Midtjylland - hovedsageligt uden for hospitalerne. (Fra 110 til 181 tilfælde årligt) Konklusionen i evalueringen var, at infektionshygiejneindsatsen i højere grad end nu må have fokus på forekomst af MRSA i miljøer uden for hospitalerne fx kommunale institutioner og plejehjem.

Det er derfor nødvendigt at etablere et bedre samarbejde mellem hospitalerne og primærsektor omkring MRSA-patienter. Derfor vil der, som en måde at etablere dette på, blive stillet forslag i Strategisk Sundhedsledelsesforum om en opgradering af den opfølgende og forebyggende indsats overfor de MRSA-positive patienter, der kan sikre de nødvendige kontrolpodninger og vejledning af patienten og dennes familie i behandlingen af MRSA.

Til at varetage disse opgaver vil Strategisk Sundhedsledelsesforum bliver ansøgt om midler til ansættelse af en hygiejnesygeplejerske i den regionale MRSA-enhed pr. 1. april 2013.

Lignende tiltag har i Region Sjælland betydet et fald i MRSA-forekomsten med 33 %

Udgiften til ansættelsen vil blive afholdt af hospitalerne.

Beslutning

Kommunerne tilkendegav, at det er et godt og fornuftigt initiativ. Det blev aftalt, at Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen drøfter den videre indsats på området.

1-01-72-38-12

9. Godkendelse af rammeaftale vedrørende ibrugtagning af MedCom7 hjemmepleje-sygehus standarder

Administrationen indstiller,

at Sundhedsstyregruppen godkender rammeaftalen.

Sagsfremstilling

MedCom7 hjemmepleje-sygehus standarderne – Indlæggelsesrapport, Plejeforløbsplanen, Melding om færdigbehandling, Udskrivningsrapport – er klar til ibrugtagning i MidtEPJ fra 3. februar 2013. Temagruppen for indlæggelse og udskrivning har udarbejdet og vedtaget en rammeaftale for ibrugtagning af standarderne på tværs af kommuner og hospitaler. Rammeaftalen udgør et tillæg til Sundhedsaftalen 2011-2014.

Da rammeaftalen færdigbehandles på mødet i Temagruppen for Indlæggelse og Udskrivning den 28. januar bliver rammeaftalen eftersendt

Beslutning

Aftalen blev godkendt. Der skal arbejdes videre med, at registreringspraksis bliver så ensartet som muligt på tværs af regionen. Der arbejdes på en organisatorisk forankring evt. i temagruppen for IT. Sagen følges op i Kontaktudvalget for Sundhedsstyregruppen.

1-01-72-57-08

10. Eventuelt

Beslutning

Intet.