

Horsens, den 29. januar 2018
/inghei



Referat

HEH Klyngestyregruppen
15. januar 2018 kl. 13:00
i Mødelokale SYD, 1. sal
Administrationsbygningen

Indholdsfortegnelse

Pkt.	Tekst	Side
1	Velkommen	1
2	Kl. 13-13.45 Temadrøftelse: TELE KOL	2
3	Kl. 13.45-13.55 PIXI udgave af "Sundhedsaftale for personer med behov for palliativ indsats".	5
4	Kl. 13.55-14.10 Drøftelse af emne til Strategisk værksted i 2018	6
5	Kl. 14.10-14.30 Styrket samarbejde mellem Præhospitalet og kommunerne	8
6	Kl. 14.30-14.40 PAUSE	10
7	Kl. 14.40-14.50 Afrapportering af sundhedsaftalens mål	11
8	Kl. 14.50-15.05 Opfølgende hjemmebesøg i Horsens Klyngen.	13
9	Kl. 15.05-15.25 Årsplan for Psykiatrien 2018	16
10	Kl. 15.25-15.40 Steno Diabetes Center	21
11	Kl. 15.40-16 Eventuelt	24

1-00-11-16

1. Velkommen

Sagsfremstilling

Mødeleder:
Bruno Melgaard

Afbud:
Lisbeth Holsteen Jessen
Lene Lange
Ulf Grue Hørlyk deltager til kl. 15
Marianne Bertelsen
H.C. Knudsen
Marlene Herbsleb

1-00-11-16

2. Kl. 13-13.45 Temadrøftelse: TELE KOL**Det indstilles,**

at klyngestyregruppen drøfter organiseringen af implementeringen af TELE KOL, samt at der nedsættes en implementeringsgruppe med repræsentanter fra klyngekommuner og Regionshospitalet Horsens.

Sagsfremstilling

Oplæg v./Karen Ersgard, udviklingssygeplejerske og koordinator for Telemedicin, Medicinsk afdeling

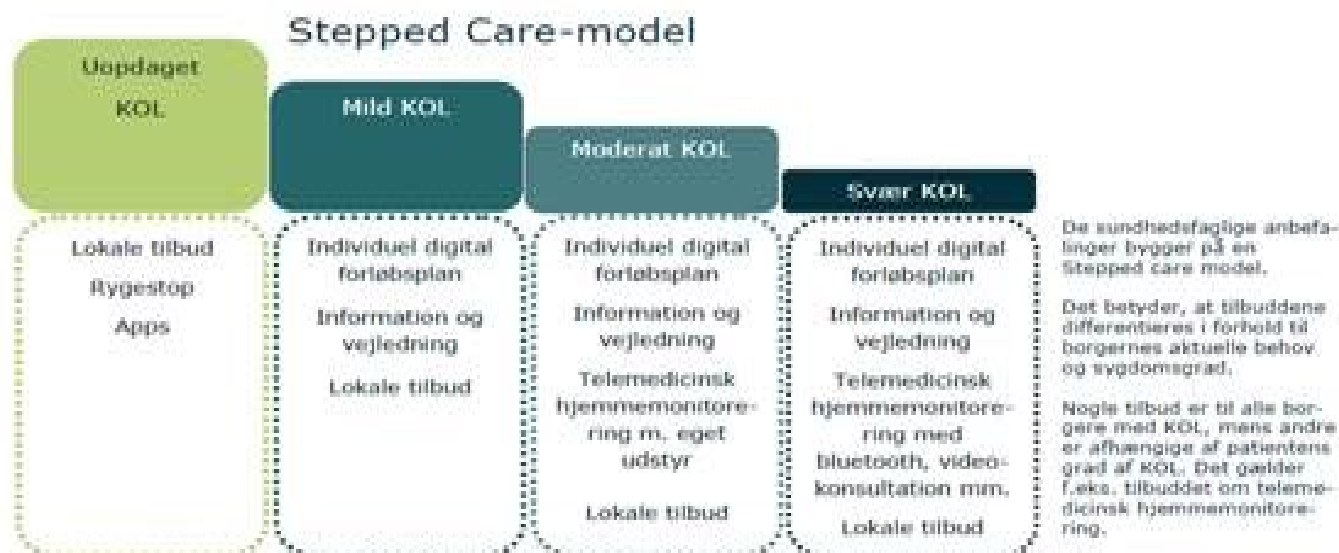
Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

Forberedelsen af den nationale udrulning af Telemedicin til KOL patienter, er i fuld gang i region Midt.

Der arbejdes i 4 spor med repræsentation fra både kommune, hospital og praksis: Økonomi & Jura, Teknik & Infrastruktur, Sundhedsfagligt indhold & organisering og Competenceudvikling.

./.

Det sundhedsfaglige indhold er gennemarbejdet og besluttet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "[Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL](#)" og Forløbsprogrammet for patienter med KOL og følger nedenstående model.



Der skal træffes en politisk beslutning om organiseringen af det telemedicinske tilbud, der tales om flere modeller – et centralt call-center, en organisering omkring hospitaler-

ne eller en kommunal overvågning. Før denne beslutning er taget er det ikke muligt at begynde kompetenceudviklingen af personalet.

I forhold til teknik og infrastruktur er der modtaget tilkendegivelser fra samtlige 98 kommuner og fem regioner om at deltage i udbuddet om fælles nationale tele-medicinske løsninger.

Som det fremgår af nedestående tidsplan starter inklusionen af patienter først i september 2019, men der er meget der skal nås inden.



På mødet præsenteres status på arbejdet og der ønskes en drøftelse af muligheder og udfordringer ved udrulningen. Der indstilles til, at der nedsættes en implementeringsgruppe med repræsentanter fra klyngekommuner og Regionshospitalet Horsens allerede nu.

Se mere på www.kol.rm.dk

Beslutning

Referat:

*Styregruppen beslutter at nedsætte implementeringsgruppe for TELEKOL i Horsensklyngen (KIG: **K**lynge**I**mplementerings**G**ruppe).*

Gruppen suppleres med endnu en deltager fra Odder kommune, samt repræsentant fra almen praksis.

Inge Henriksen varetager sekretariatsopgaven for gruppen.

Bilag

- [forlobsprogram-kol-godkendt oktober 2017](#)
- [Telemed. understøttelse til mennesker med KOL](#)

1-00-11-16

3. Kl. 13.45-13.55 PIXI udgave af "Sundhedsaftale for personer med behov for palliativ indsats".

Det indstilles,

at klyngestyregruppen tager orientering om status på implementering til efterretning.

Sagsfremstilling

Arbejdsgruppen mødes til opfølgning primo januar 18, for at gøre status på implementeringen.
Der orienteres om status på mødet.

Beslutning

*Referat:
Punktet udsættes til næste møde i maj 2018.*

Bilag

- [Pixi final word-terminale patienter A6 20-12-2017](#)

1-00-11-16

4. Kl. 13.55-14.10 Drøftelse af emne til Strategisk værksted i 2018

Det indstilles,

at klyngestyregruppen drøfter relevante emner til strategisk værksted i 2018, samt fastlægger tidspunkt for afholdelse.

Sagsfremstilling

Forslag til emner fra Formandsskabet:

1. *Det Telemedicinske område: Undervisningsbyrde? Fælles redskab-hvordan anvender vi det bedst?*

2. *Hvordan får vi koordineret de mange tiltag, der sættes igang her og der, hvem rammer vi, hvor er der overlap og hvor kommer der ingen? Hvor er det vi bruger for mange eller for få penge?*

Varighed og form på værkstedet: Arbejde i værksted på baggrund af fortællinger om borgerforløb? Hvem kan tegne landkortet/lave indflyvningen?

Beslutning

Referat:

Tidspunkt for afholdelse: 3. december 2018 kl. 14-17(18) på Regionshospitalet Horsens.

Varighed: 3-4 timer afhængigt af emnet.

Planlægning: Formandsskabet

Forslag til emner:

Supplement til forslag 1:

Det Telemedicinske område: Undervisningsudfordring-hvordan tackles den? Fælles redskab-hvordan anvender vi det bedst?

Parathed til telemedicin i organisationen- motivation og teknologiparathed hos medarbejdere og ledere-hvordan kan vi arbejde med det, så de teknologiske muligheder anvendes bedst muligt?

Supplement til forslag 2:

Hvordan får vi koordineret de mange tiltag, der sættes igang her og der, hvem rammer vi, hvor er der overlap og hvor kommer der ingen? Hvor er det vi bruger for mange eller for få penge? Samarbejde om følge hjem/udgående funktioner, med fokus på at vi har og får de rette funktioner til de rigtige målgrupper?

Hvor og af hvem fødes ideerne-hvordan får vi fælles ejerskab, hvor er de gode handlemuligheder, hvem gavner det, hvad kan vi gå selv med i kyngen og hvad på regional basis?

Målsætningen er, at det ender med at blive ret konkret og fødes over en relativt kort tid. Hvilke dialoger skal der være inden vi ruller noget ud til kommunerne?

Desuden forslag om:

Områder i snitflader med psykiatrien? Psykiatriens årsplan? Overgange både somatik og psykiatri.

Arbejdsmarkedsområdet:

Hvad kunne man få ud af at hospitalet i højere grad fik erhverstruede borgere hurtigt ind på hospitalet til afklaring? Kan det mindske risiko for udstødning af arbejdsmarkedet at få etableret tættere samarbejde om dette?

Forudgået af en analyse af, hvor er det der er brist? Afdækning af dette via Arbejdsmarkedsafdelingerne og psykiatri.

Angst, depression, stress fylder også i denne gruppe.

Forslag om at kommunerne udarbejder et oplæg på dette området.

Formandsskabet beslutter emne, samt varetager planlægningen af værkstedet.

1-00-11-16

5. Kl. 14.10-14.30 Styrket samarbejde mellem Præhospitalet og kommunerne

Det indstilles,

at mulighederne for et styrket samarbejde mellem Præhospitalet og kommunerne drøftes.

Sagsfremstilling

Oversygeplejerske Elin Høymark og Kontorchef Malene Gros Poulsen fra Præhospitalet deltager på mødet og præsenterer Præhospitalet, samt deltager i drøftelsen.

Præhospitalet er Region Midtjyllands præhospitale organisation og har som sådan ansvaret for at stille ambulanceberedskab til rådighed for personer, der har brug for hjælp i forbindelse med akut opstået sygdom, ulykke eller fødsel. Ambulanceberedskabets opgave omfatter initial behandling af patienter på skadestedet og i ambulancen på vej ind til hospitalet, samt transport af patienter til hospitalet og mellem hospitaler.

Præhospitalet oplever jævnligt at have behov for et tættere samarbejde med kommunen om konkrete patienter/borgere herunder eksempelvis behov for løbende opdatering af kontaktlister mv. Præhospitalet vil derfor gerne have en drøftelse af, hvordan samarbejdet kan styrkes.

Det kan eksempelvis dreje sig om situationer, hvor borgere ringer 1-1-2, fordi de er faldet i eget hjem og ikke selv er i stand til at komme op igen. Borgerne er hverken akut syge eller kommet til skade i forbindelse med faldet, men fordi de ikke har andre muligheder for at tilkalde hjælp, ringer de til 1-1-2.

Det kan også dreje sig om borgere, hvor akutlægen fra akutlægebilen afslutter behandlingen i hjemmet, men hvor akutlægen vurderer, at det vil være relevant for kommunen at kende borgeres situation.

Beslutning

Referat:

Elin Høymark redegør for Præhospitalets måde at disponere kørsler (ABCDE) på, samt for det 3-årige projektilbuddet "Sociolancen", som tilbyder samtaler og evt. besøg af socialrådgiver og socialpædagog, når der ringes 112 og ikke er behov for læge- eller redderassistance.

Der er en række eksempler på, at der ringes 112 hvis en borger f. eks. er faldet i hjemmet (en "E" patient/kørsel). I denne situation er det ofte således, at redderne hjælper borgeren op, og kører derefter igen.

22 % af Præhospitalets udkald afsluttes efter ambulancekontakt, uden efterfølgende hospitalskontakt.

Præhospitalets visitation viderestiller ofte samtalen til Lægevagten.

Bruno Melgaard:

Vagtlæger er 1. valg fremfor 112 i mange situationer, og har godt kendskab samt umiddelbar adgang til akutnumre i kommunerne. Det er ønskeligt med tættere samarbejde mellem vagtlæge og præhospitalet.

Præhospitalet har behandlingsansvaret, når noget er igangsat i hjemmet via lægebilslæge- og i samarbejde med akutsygeplejersken. Ansvaret overgår til egen læge efterfølgende-hvornår og på hvilken måde kommunikeres patientens egen læge om dette?

Efterfølgende svar fra Elin Høymark på ovenstående spørgsmål :

På spørgsmålet omkring Akutlægebilens ansvar, overdragelse til anden hjælp f.eks. akutteamet i Kommunen og afslutning af patient til hjemmet, kan jeg oplyse følgende:

Når akutlægen vurderer, at patienten kan afsluttes, er det som sagt akutlægens ansvar at dette er det bedste for patienten og helt forsvarligt. Når Akutlægen overdrager patienten til akutteamet afsluttes patient fra os i Præhospitalet, og vi sender en epikrise til egen læge indenfor 48 timer.

Når Akutteamet tilser patienten er det akutteamets ansvar igen at vurdere, om de tiltag der er igangsat fortsat er tilstrækkeligt, samt om der er forandringer i patientens tilstand. Er der igen brug for akut hjælp kontaktes 1-1-2 igen.

Der spørges desuden til antal kontakter pr. kommune, og hvilke type borgere drejer det sig om?

Præhospitalet kontakter også hjemmeplejen i nogle situationer, men der bliver tvivl om hvem der skal kontaktes, hvis hjemmeplejen ikke plejer at komme i hjemmet.

Præhospitalet kan anvende Sundhedsaftalens hjemmeside, hvor alle kommunale kontaktoplysninger findes:

<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktojskasse/kontaktoplysninger1/>

Der henvises til, at at denne drøftelse berører forhold langt udover vores klynge, hører formentlig hjemme i Akutstyregruppen. PræHospitalet har valgt at besøge alle 5 klynger for at drøfte samarbejdet, Horsensklyngen er den første klynge de besøger.

1-00-11-16

6. Kl. 14.30-14.40 PAUSE

1-00-11-16

7. Kl. 14.40-14.50 Afrapportering af sundhedsaftalens mål

Det indstilles,

at Klyngestyregruppen drøfter hvordan der skal arbejdes med opfølgning på forebyggelige indlæggelser, samt hvordan der skal arbejdes med nedbringelsen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre.

Sagsfremstilling

På Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 2. marts 2017 blev indikatoren "forebyggelige indlæggelser blandt ældre" udpeget som en fælles fokusindikator, som en del af arbejdet med de nationale mål på sundhedsområdet.

Formandskabet for Sundhedsstyregruppen har godkendt, at "forebyggelige indlæggelser blandt ældre" fortsætter som fokusindikator i 2018.

Klyngerne skal have særligt fokus på at følge udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre i 2017 og 2018.

Klyngerne vil blive bedt om en kort status afrapportering på indikatoren to gange årligt til Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget, og skal i den forbindelse beskrive, hvorledes der i klyngerne arbejdes med nedbringelsen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre.

Således får klyngerne mulighed for løbende at følge udviklingen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre i egen klynge. Klyngerne kan med udgangspunkt heri drøfte, hvad det konkret giver anledning til i den enkelte klynge.

Datarapporten bygger på regionale data, og er placeret på regionens hjemmeside, hvor den opdateres løbende.

Link til [Forebyggelige indlæggelser blandt ældre](#) OBS: Status fra november 2017 er vedhæftet som bilag.

Sundhedskoordinationsudvalget vil halvårligt følge udviklingen i fokusindikatoren.

Bilag

□

Beslutning

Referat:

Der er tale om ca. 2000 forebyggelige indlæggelser ud af 80.000 pr. år i Horsensklyngen.

Der arbejdes med følgende forebyggende tiltag i Horsensklyngen:

Hedensted kommune:

Der er arbejdet meget koncentreret med implementering af daglig anvendelse af TOBS og triage. Når borgerens TOBS eller triagescore er påvirket, kontaktes Akutsygeplejersketeamet.

Der er i øjeblikket et projekt igang med økonomisk incitament for plejecentrene ved at forebygge indlæggelser. Projektet er netop startet så der er ikke mange erfaringer endnu, men det følges.

Odder kommune:

Der er etableret Akutteam, og implementeret anvendelse af triagering og TOBS. Der er fokus på kompetencebehovene i dag-aften-og nattevagtsbemandingen, og evt. behov for kompetenceløft på tværs af kommunen. Også kommunens korttidspladser er omfattet, da alle tilstedeværende ressourcer indgår i det samlede akutte beredskab i kommunen. Den demografiske udvikling med mange flere ældre, er en del af forklaringen på tallet for de forebyggelige indlæggelser i Odder.

Skanderborg kommune:

Der er netop politisk bevilget akutteam 24/7, det er en udvidelse af dækningen med 60%.

Der er forskel på hjemmesygeplejeområderne i kommunen, hvor gode de er til at bruge akutteamet, i nogle af lokalområderne er der hyppigere indlæggelser. Der er fokus på, at samspillet mellem akutteam og hjemmesygeplejen skal forbedres.

Ca. halvdelen af indlæggelserne i denne gruppe drejer sig om nedre luftvejsinfektion. Der er sat en række initiativer i gang bl.a. på rygestopområdet, som formentlig kan hjælpe på sigt.

Horsens kommune:

Med korrektion for socioøkonomiske faktorer er Horsens kommune godt med. TOBS er implementeret, der etableres døgndækkende akutteam med sygeplejersker i nærmeste fremtid. Der er fokus på øgning af kompetencer i front, og antallet af akutpladser. I kommunen er udvidet. Der er indgået skriftlig aftale om mulighed for fast vagt ordning i hjemmene, mellem hospital og kommune.

Almen praksis:

Opfordring til at kommunerne i KLU samarbejdet drøfter anvendelse af akut teams. Ordningen med faste plejehjems-læger kan måske hjælpe på dette? Det arbejdes der på etablering af dette i alle kommuner.

Regionshospitalet Horsens:

Adgang til telefonisk speciallæge rådgivning er etableret, subacutte tider i ambulatorier er etableret som forebyggende tiltag i fht. subacutte indlæggelser.

Hospitalsvisitationen rådgiver så vidt muligt om alternativer til indlæggelse, hhv. på hospitalet og i kommunerne.

Øget mulighed IV behandling i eget hjem et stort ønske.

Det drøftes, om der kan skaffes data på hvor indlæggelserne kommer fra, f. eks. hvor mange som kommer fra plejeboliger? (IH spørger i RM)

Bilag

- [forklaringsnotat indikator forebygg indlæg](#)
- [Forebygg indlæggelser dec 17- bopælskommuner](#)
- [Opfølgning Region Midt Sundhedsaftalens mål nov 2017](#)

1-00-11-16

8. Kl. 14.50-15.05 Opfølgende hjemmebesøg i Horsens Klyngen.

Det indstilles,

at Klyngestyregruppen vurderer og eventuelt beslutter om der skal tages nye initiativer for at vitalisere indsatsen "opfølgende hjemmebesøg".

Sagsfremstilling

Lis Kaastrup, Skanderborg kommune fremlægger punktet.

Fra Horsens kommune og Hospitalsenheden Horsens:

I Horsensklyngen kommer der meget få henvisninger til "Forebyggende hjemmebesøg" efter udskrivelse. Fra Hospitalsenheden Horsens blev sendt 4 i oktober 2017 og 1 i november 2017.

På det bilaterale møde mellem Horsens kommune og Hospitalsenheden Horsens i november 2017, blev det drøftet om dette tilbud fortsat er relevant.

Vurderingen her var, at der de senere år opstået andre funktioner og tilbud som dækker indsatsen - Se venligst bilag med oversigt over særlige funktioner/tilbud fra HEH og de 4 kommuner.

Det aftales, at rejse sagen til drøftelse i klyngestyregruppen, da ønsket er at det så vidt muligt bliver ens for de 4 kommuner i klyngen.

Fra Skanderborg kommune:

Punktet er på dagsorden fra Skanderborg Kommune på baggrund af ønske fra PLO-Skanderborg om status på de opfølgende hjemmebesøg. Lægerne oplever ikke, at ret mange borgere henvises til opfølgende

Hjemmebesøg fra hospitalets side og efterspørger begrundelser.

Resume af aftalen om opfølgende hjemmebesøg.

Aftalen om opfølgende hjemmebesøg har til formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb for særligt sårbare patienter, der udskrives fra sygehusindlæggelse.

Den 1. november 2014 indgår Region Midt nuværende aftale om opfølgende hjemmebesøg. Her justeres kriterierne, med et ønske om at inkludere flere patienter.

Alderskriteriet på 78 år bortfalder og det bliver muligt at praktiserende læger kan tage initiativ til det opfølgende hjemmebesøg efter patienten er udskrevet.

Data om opfølgende hjemmebesøg.

Region Midt følger de opfølgende hjemmebesøg i for de enkelte klynger. Data findes på Regions Midt`s hjemmeside: se vedhæftede link:

<http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/opfolgende-hjemmebesog/data-for-horsensklyngen/>

I disse data, som i nedenstående skema er opsummeret for Horsens Klyngen, ses en faldende tendens til screening til opfølgende besøg og ligeledes et fald i antal gennemførte besøg.

Denne tendens ses også i de øvrige klynger, bortset fra Vest Klyngen, som ligger ret stabilt og med et noget højere antal screenede og gennemførte besøg, end i de øvrige klynger.

Data om hvor mange borgere der henholdsvis screenes, skal tilbydes besøg og reelt får gennemført 1. besøg fra 2014 -2017.

Horsensklyngen i alt	2014	2015	2016	2017
Screenet for besøg	617	571	219	*82
Skal tilbydes besøg	263	328	149	*55
1. besøg gennemført	33	150	86	*59

*I 2017 mangles data for november og december.

Såvel somatik brobyggere fra Skanderborg Kommune som praktiserende læger i Skanderborg giver udtryk for, at ikke alle borgere der tilhører målgruppen, får tilbudt muligheden for et opfølgende hjemmebesøg.

På baggrund af disse oplevelser og data, som viser faldende tendens til screening og gennemførelse af 1. besøg, ønskes en fælles drøftelse af, hvordan opgaven med de opfølgende besøg bør løftes fremadrettet.

Skal indsatsen gentænkes?, skal der sker en intensivering af indsatsen i nuværende form? eller kan den nuværende aktivitet accepteres?

Beslutning

Referat:

Som svar på forespørgsel til RM om, hvorvidt hospitalets og klyngekommunernes overvejelser om at indstille indsatsen i §2-aftalen er en mulighed, er kommet følgende svar fra Mette Byrgiel Bach, specialkonsulent Sundhedsplanlægning:

Indtil videre skal hospitalet følge aftalen, som fortsat er gældende og som vi fortsat får midler til at honorere de praktiserende læger for at gennemføre.

Der er fra administrativ side overvejelser om at forelå en dag i efteråret, hvor man får samlet overblik over de forskellige indsats/projekter vedr. opfølgning (udgående funktioner rådgivning, satspuljeprojekt etc.) – det kunne blandt andet også omfatte drøftelsen af en mere differentieret opfølgning efter hvem det er mest relevant for og om opfølgende hjemmebesøg er overhalet af andre initiativer. Det vil blive forelagt den nye Sundhedsstyregruppe i marts.

Der er ikke egentlig modstand fra hospitalets side mod opfølgende hjemmebesøg, men vi skal vel primært sikre at de rette borgere får de rette tilbud, hvor opfølgende hjemmebesøg er et blandt mange forskellige tilbud.

Der tages stilling til evt. relancering af tilbuddet efter en evt. temadag i efteråret i RM.

Bilag

- [Udgående funktioner HEH august 2017](#)
- [Oversigt over kommunale funktioner Hedensted Kommune september 2017](#)
- [Udgående og tværgående funktioner i Skanderborg Kommune](#)
- [Særlige Funktioner i Odder kommune](#)

1-00-11-16

9. Kl. 15.05-15.25 Årsplan for Psykiatrien 2018

Det indstilles,

at klyngestyregruppen drøfter udmøntning af psykiatriplanens årsplan for 2018 på baggrund af oplæg fra psykiatrien.

Sagsfremstilling

På mødet vil Claus Graversen, sygeplejefaglig direktør Regionspsykiatrien præsentere årsplanen, og forventninger til klyngen omkring udmøntning af planen.

Psykiatriplanens årsplan 2018

I forlængelse af Region Midtjyllands psykiatriplan 2017 er der udarbejdet en årsplan for 2018.

Skanderborg Kommune anmoder om, at ledelsen for det psykiatriske område præsenterer planen for klyngestyregruppen.

I årsplanen for 2018 fremgår der en række tiltag, hvor klyngen skal involveres i udmøntning og samarbejde.

Skanderborg Kommune er særligt interesseret i at høre, hvilke forventninger der er til Horsensklyngen og hvordan samarbejdet tænkes iværksat.

Psykiatriplan/årsplan 2018 - samspillet med kommunerne - oplæg til klyngerne fra Psykiatri RM:

I forbindelse med udarbejdelsen af Psykiatriplanens Årsplan 2018 blev der afholdt et seminar, hvor bl.a. 25 repræsentanter - udpeget af KOSU/DASSOS - fra kommunerne sammen med repræsentanter

fra almen praksis deltog på seminarets første dag.

En spændende dag med stort engagement og mange gode input fra alle deltagere. Seminarets åbne dialog bidrog til flere end 200 handlingsforslag, der efterfølgende er kondenseret til en række konkrete handlinger i Årsplan 2018.

Ud over handlingsforslagene fra seminaret er der allerede i forskellige andre regier (Folketinget, Regionsrådet) besluttet en række tiltag, som psykiatrien skal gennemføre i 2018.

De 8 eksterne fokusområder:

- Nedbringelse af tvang
- Etableringen af Psykiatrien i Nordvest
- Etableringen af Borgernes Psykiatrihus, Aarhus
- Flytning af psykiatrien fra Risskov til Skejby
- Etableringen af særlige pladser
- Definere og implementere AUH, P
- Patientansvarlig læge
- Overholdelse af udredningsretten og behandlingsgarantien.

Samlet set er der i Årsplanen 2018 15 konkrete handlinger, som psykiatrien skal arbejde med i 2018. Årsplanen 2018 er vedhæftet. Ud af de 15 konkrete handlinger er der 3 af handlingerne, som direkte involvere kommunerne:

1. Samarbejde med kommunerne om mere brugerstyrede tilbud: herunder Borgernes Psykiatrihus og Psykiatrien i Nordvest.
2. Etablere "Særlige pladser"
3. Generisk model for tværsektorielt samarbejde vedr. de sværest syge: indeholdende fælles skolebænk, brobyggerfunktion og psykiatrisk rådgivning til botilbud.

1. Samarbejde med kommunerne om mere brugerstyrede tilbud: herunder Borgernes Psykiatrihus og Psykiatrien i Nordvest.

Psykiatrien har erfaring med, at mere brugerstyrede tilbud giver patienterne en oplevelse af bedre at kunne mestre egen sygdom, øget tryghed og mindre behov for behandling. Men omfanget af brugerstyrede tilbud til psykisk syge er kun i mindre grad udbredt både i psykiatrien og kommunen. Psykiatrien er i gang med at udbrede patientstyrede indlæggelser til alle afdelinger ligesom alle afdelinger skal lave en model for patientstyrede ambulante forløb tilpasset den lokale kontekst.

Erfaringerne fra de patientstyrede indlæggelser viser, at for nogen patienter handler det om behandling og en indlæggelse er derfor helt relevant, men for andre patienter handler det om behov for tryghed og ro f.eks. til at kunne sove. Her kunne et mindre omfattende tilbud være mere relevant. Derfor vil psykiatrien gerne i samarbejde med kommunerne om at udvikle flere forskellige brugerstyrede tilbud i henholdsvis kommunalt og regionale regi til de patienter, der har mange kontakter til psykiatrien.

Forslag til proces:

Psykiatrien vil tage initiativ til at dagsordenssætte en drøftelse i alle klyngerne om hvilke brugerstyrede tilbud, der kan udvikles lokalt.

2. Etablere "Særlige pladser"

Status på etablering af de "særlige pladser" i psykiatrien i Region Midtjylland.

Planen for etableringen af pladserne er:

- Maj 2018 åbnes 7 pladser i AUH Risskov
- Maj 2018 åbnes 14 pladser midlertidigt i Regionspsykiatrien Midt (Viborg)
- December 2018 åbnes 16 pladser i Skejby, Psykiatri, samtidig med at de 7 pladser i AUH Risskov lukkes.
- Ultimo 2020 flyttes de 16 pladser fra RP Midt til Gødstrup, som en permanent placering. Der er ikke taget endelig stilling til den midlertidige placering af de sidste 2 pladser indtil Gødstrup er klar.

Visitationsforum består af:

- 1 speciallæge fra psykiatrien
- 1 socialfaglig konsulent udpeget af kommunerne i fælleskab
- 1 repræsentant fra de særlige pladser
- 1 repræsentant fra Kriminalforsorgen hvis borgeren har en retslig foranstaltning
- 1 repræsentant fra den visiterende myndighed, som er afhængig af den konkrete sag.

Der bliver pr.1. februar 2018 ansat en sekretariatsmedarbejder til visitationsforum. Der er etableret en smal projektorganisation i Psykiatri og Social, som har til formål, at planlægge etableringen og driften af de kommende særlige pladser i Psykiatrien.

Projektorganisationen fortsætter frem til, at de særlige pladser er etableret i Psykiatrien.

Projektorganisationen er bygget op ud fra følgende struktur:

Styregruppe

Arbejdet med etablering af 34 særlige pladser i Psykiatrien forankres i en styregruppe bestående af følgende medlemmer:

- Koncerndirektør Christian Boel, Region Midtjylland
- Sygeplejefaglig direktør Claus Graversen, Region Midtjylland
- Socialdirektør Ann-Britt Wetche, Region Midtjylland
- Steinar Eggen Kristensen, Randers Kommune
- Anders Kjærulf, Silkeborg Kommune
- Knud Kristensen, Patient- pårørende organisationen SIND

Koordinationsgruppe:

Formål:

Koordinationsgruppen vedrørende planlægningen af etableringen af særlige pladser i Psykiatrien har til formål at fungere som et rådgivende forum i forbindelse med planlægningen af de kommende særlige pladser.

Koordinationsgruppe bestående af følgende medlemmer:

- Sygeplejefaglig direktør Claus Graversen, Region Midtjylland
- Socialdirektør Ann-Britt Wetche, Region Midtjylland
- Faglig koordinator i myndighed, Ringkøbing-Skjern Kommune, Kirsten Willumsen
- Chef for socialpsykiatri og udsatte voksne, Aarhus Kommune, Niels Schwartz
- Souschef i socialområdet, Viborg Kommune, Rie Andersen
- Afdelingsleder, Inge Voldsgaard Afd. P, Region Midtjylland
- Kirsten Gøtzsche-Larsen Regionspsykiatrien Midt, Region Midtjylland
- Områdeleder Heinz Jacob, det specialiserede socialområde, Region Midtjylland
- Psykiatriplanlægningsschef Annette Bang Andersen, Region Midtjylland
- Økonomichef Leif Hvid Jensen, Region Midtjylland
- Specialkonsulent Vivian Grauting, Region Midtjylland

Koordinationsgruppen kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper efter behov med henblik på at få belyst konkrete områder, eksempelvis inden for · Bygge/anlæg, Økonomi, Samarbejdet med kommunerne

I relation til samarbejdet med kommunerne vil der endvidere ske en løbende dialog og orientering på møder i relevante fora, eksempelvis klyngemøder og DASSOS.

3. Generisk model for tværsektorielt samarbejde vedr. de sværest syge: indeholdende fælles skolebænk, brobyggerfunktion og psykiatrisk rådgivning til botilbud.

Både hos almen praksis samt i kommunalt og regionalt regi har der været vanskeligheder ved at håndtere de sværest syge patienter, specielt patienter med misbrug, selvskadende og udadreagerende adfærd. Derfor ønskes der udarbejdet en generel, tværsektorielt samarbejdsmodel i 2018 målrettet behandlingen af de sværest syge patienter.

Udgangspunktet for modellen er dels sundhedsaftalens differentieringsmodel samt tidligere erfaringer fra den cirkulære samarbejdsmodel og projektet vedr. de 75 retspsykiatriske patienter. Herudover fokuseres der på et styrket udskrivningssamarbejde ud fra eksisterende brobyggerfunktioner, hvor patientens overgang til kommunen forløber mere koordineret og effektivt.

Elementerne i den generiske samarbejdsmodel indebærer:

- Fælles skolebænk
- Etablering af principper for brobyggerfunktion
- Regionen yder sundhedsfaglig rådgivning til regionale- og kommunale botilbud, heraf videorådgivning ift. generelle problemstillinger.

Forslag til proces:

Der etableres 2 arbejdsgrupper, som med udgangspunkt i erfaringerne fra

- arbejdet med differentieringsmodellen
 - arbejdet med den cirkulære samarbejdsmodel fra Aarhus ift. borgere med svær selvskade
 - den administrative samarbejdsaftale ift de 75 retspsykiatriske patienter, der udgør en sikkerhedsrisiko
 - brobygningsfunktioner/fremskudt sagsbehandling
 - sundhedsfaglig rådgivning fra regionspsykiatrien til kommunerne
- udarbejder forslag til en samarbejdsmodel.

Den ene gruppe laver en model for samarbejdet på børne- og ungeområdet og den anden for voksenområdet.

Hver klynge udpeger til arbejdsgruppen for børne- og ungdomspsykiatriområdet:

- 1 repræsentant til arbejdsgruppen fra kommunerne. Samlet set skal både PPR' s perspektiv og børne- og familieområdet perspektivet være repræsenteret i arbejdsgruppen. Desuden bliver BUC bedt om at udpege 3 repræsentanter til arbejdsgruppen.

Hver klynge udpeger til voksenspsykiatriområdet:

- 1 repræsentant til arbejdsgruppen fra kommunerne. Samlet set skal både det social-psykiatriske perspektiv og misbrugsbehandlingsperspektivet være repræsenteret i arbejdsgruppen.
 - 1 repræsentant fra regionspsykiatrien, således de forskellige diagnosegruppe samlet set er repræsenteret.
- Arbejdsgrupperne betjenes af PS-Administrationen
- Arbejdsgruppernes forslag til generisk samarbejdsmodel sendes i høring i DASSOS inden de sendes videre til endelig godkendelse i Sundhedsstyregruppen.
- En generisk model for samarbejde omkring de sværest psykisk syge borgere forventes at være et bidrag ind i den kommende sundhedsaftale.

Beslutning

Referat:

Årsplanen drøftes.

Der er fortsat behov for tæt samarbejde mellem Regionspsykiatrien og kommunerne. De lokale samarbejdsråd fortsætter. Udsagnet fra kommunerne er også, at der er brug for det.

Psykiatrien lægger op til udarbejdelse af en generisk samarbejdsmodel, og hver klynge inviteres til at deltage i 2 grupper til dette.

På det driftsnære niveau efterspørges endnu bedre samarbejde/samspil mellem psykiatri og kommune. Gerne med et set-up hvor man hurtigt kan agere ved behov for hjælp.

Skanderborg kommune vil gerne indgå i drøftelser om at løfte endnu flere opgaver på dette område, også med de svære borgere, i et tæt samspil ellem den lokale psykiatriløselse og kommune.

Det påpeges fra kommual side, at vi skal tage udgangspunkt i en samarbejdsmodel, men vi skal være enige om visionen på området og hvilken retning vi vil i. Vi skal starte med at formulere fælles vision/mission.

Bilag

- [Arsplan 2018 psyk udsendelsesversion \(3\)](#)

1-00-11-16

10. Kl. 15.25-15.40 Steno Diabetes Center

Det indstilles,

at klyngestyregruppen tager orienteringen til efterretning og drøfter mulighederne for den tværsektorielle dialog med SDCA mhp., på et senere tidspunkt, at identificere udviklings- og samarbejdsprojekter samt samarbejdsrelationer og netværksmuligheder

Sagsfremstilling

Helle Hygum, Chefkonsulent, SDCA overgangssekretariatet, RM deltager i punktet.

Regionsrådet i Region Midtjylland og Novo Nordisk Fonden godkendte respektivt i august/september måned 2017 grundlaget for Region Midtjyllands modtagelse af en donation på ca. 1,4 mia. kr. til opførelse og drift af Steno Diabetes Center Aarhus. Grundlaget er bl.a. beskrevet i drejebogen for Steno Diabetes Center Aarhus (se vedlagte).

Steno Diabetes Center Aarhus bliver organisatorisk og fysisk forankret på Aarhus Universitetshospital, men som et selvstændigt center med egen ledelse og eget budget. Centret har netop ansat en centerdirektør, som refererer til SDCAs bestyrelse og i en række forhold til hospitalsledelsen på Aarhus Universitetshospital. SDCAs bestyrelse er underlagt Region Midtjyllands koncerndirektion og myndighedsansvaret for SDCA er således, som for den øvrige hospitalsforankrede diabetesbehandling, Regionsrådet i Region Midtjylland.

Steno Diabetes Center Aarhus skal være et specialiseret videns- og kompetencecenter, der spiller en central rolle i at løfte diabetesindsatsen i Region Midtjylland og internationalt med udgangspunkt i kerneaktiviteterne (jf. nedenfor). Den overordnede ambition er, at Steno Diabetes Center Aarhus skal gøre en forskel for alle med diabetes i Region Midtjylland, og de som potentielt har diabetes.

Donationen til Steno Diabetes Center Aarhus er således rettet mod følgende tiltag:

- Fysiske rammer: Steno Diabetes Center Aarhus bliver som et center opført som en del Forum-bygningen på Aarhus Universitetshospital, og forventes at stå klar til ibrugtagning i juni 2022.
- Behandling og forebyggelse af senkomplikationer: Der udvikles og igangsættes supplerende behandlinger (ud over standardbehandlingen) i regi af Steno Diabetes Center Aarhus. Standarddiabetesbehandling varetages som hidtil både på regionshospitalerne og på AUH (SDCA). De supplerende behandlinger ligger derud over og til disse tilbud kan der henvises patienter fra hele regionen. Regionen finansierer som hidtil standardbehandlingen af diabetespatienter
- Forskning: Der er skitseret 9 forskningstemaer, der vil være omdrejningspunktet for forskningsindsatsen i SDCA. Der lægges op til at etablere forskningssamarbejder mellem SDCA og f.eks. Aarhus Universitet, regionens hospitaler, almen praksis, Defac-tum samt de øvrige Steno Diabetes Centre og øvrige internationale samarbejdsparter

- **Kompetenceudvikling og uddannelse:** SDCA skal være drivkraft i forhold til kompetenceudvikling og efteruddannelse igennem en udbygget uddannelsesindsats på diabetesområdet for nuværende og kommende behandlere i sundhedsvæsenet. SDCA skal endvidere udgøre et videns- og kompetencecenter i forhold til uddannelse af patienter og pårørende.
- **Tværasektorielt fokus:** Der etableres en videns- og udviklingsenhed for tværasektorielle indsatser på diabetesområdet i regi af SDCA. Målet er at udvikle, afprøve og formidle nye banebrydende tiltag, der skaber bedre sammenhæng i patientforløbet til gavn for alle diabetespatienter og potentielt også for øvrige kronikergrupper. Derudover er det målet at udvikle og igangsætte tværasektorielle samarbejdsprojekter med fokus på primær forebyggelse, tidlig opsporing, diabetesbehandling og forebyggelse af senkomplikationer.

Centret etableres som en organisatorisk enhed pr. 1. januar 2018, og igangsætter gradvist sine aktiviteter i en indfasningsperiode frem til juni 2022.

http://www.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=\\RMAPPS0221.onerm.dk\CMS01-EXT\ESDH%20Data\RM_Internet\Dagsordener\regionsraadet%202017\23-08-2017\Aaben_dagsorden&appendixId=174343

Drejebogen er også vedhæftet som bilag.

Beslutning

Referat:

Steno Diabets Center Aarhus (SDCA) forventes at kunne indvies i de fysiske rammer i 2022 på Aarhus Universitetshospital (AUH).

AUH's børne- og voksen diabetesbehandling indgår derefter i SDCA. Planen er, at der fortsat skal være DM behandling på alle regionshospitaler som i dag, med supplerende behandlingstilbud f.eks. udgående funktioner, klinik for ny behandling o.a. på SDCA, hvortil patienter fra hele regionen kan henvises.

Der etableres forskningsenhed i SDCA, chef stillingen hertil er aktuelt i opslag.

Kompetenceudvikling og uddannelsestilbud rettes mod eksisterende personale på hospitaler og i almen praksis, patientuddannelse ligeledes.

I Region midt er der et særligt spor, som har tværasektorielt fokus: Det betyder en Forskningsenhed med særligt fokus på sammenhængende patientforløb, og tværasektorielle forskningsaktiviteter og projekter. (Se slide med de 4 spor).

Fra SDCA's side lægges op til samarbejde og inputs fra klyngerne i fht. at skabe indhold i områderne, og SDCA vil meget gerne invitere til dialog om det.

Fra almen praksis side anføres at det er vigtigt at der ikke bliver "krig" om patienten, eller at SDCA opsuger alle patienter. Dette er heller ikke hensigten med SDCA, i følge Helle Hygum.

Hvad er det langsigtede mål? Hvis målet er reduktion af antal DM pt, er den tidlige forebyggelse vigtig.

Medicinsk afdeling er optaget af at bruge klyngens erfaringer og muligheder med telemedicin, både mellem hospital og SDCA, og med kommunerne.

Fra Medicinsk afdeling peges også på, at det er vigtigt at tage fat på arbejdet med at få etableret gode samarbejdsaftaler for de patienter, som går uden om hospitalet. Det skal være udfra et fagligt grundlag, at patienten henvises til SDCA. Klyngestyregruppen indgår meget gerne i at drøfte, hvordan vi får dette etableret på en god måde.

Helle Hygums slides er vedhæftet som bilag.

Bilag

- [Drejebog etablering Steno diabetescenter](#)
- [P. 10 Helle H Oplæg Steno Diab Cent 2018](#)

1-00-11-16

11. Kl. 15.40-16 Eventuelt

Beslutning

Intet under punktet.