

21. maj 2019  
/SUSSOR



## Referat

fra

**møde i Sundhedsstyregruppen**

**3. maj 2019 kl. 12:00**

**i Regionshuset i Viborg, Mødelokale F 1**

# Indholdsfortegnelse

---

<b>Pkt.</b>	<b>Tekst</b>	<b>Side</b>
1	<a href="#">Mødedeltagere</a>	1
2	<a href="#">Input til regionens sundheds- og hospitalsplan</a>	2
3	<a href="#">Status fra arbejdsgruppen om indsats vedr. influenzavaccination</a>	5
4	<a href="#">Godkendelse af revideret forløbsprogram for KOL</a>	7
5	<a href="#">Fælles koncept for kompetenceudvikling geriatri</a>	11
6	<a href="#">Forebyggelige indlæggelser - inspiration fra Aarhusklyngen</a>	14
7	<a href="#">Status for ledsageraftalen</a>	15
8	<a href="#">Fælles governance for telemedicin og digitale sundhedsløsninger i Midtjylland</a>	18
9	<a href="#">Afrapportering HjerteKomMidt 2018</a>	22
10	<a href="#">Eventuelt</a>	25

---

1-01-72-30-17

## 1. Mødedeltagere

### Sagsfremstilling

Flemming Storgaard, Ikast-Brande Kommune  
Kate Bøgh, Favrskov Kommune  
Søren Liner Christensen, Herning Kommune  
Lone Rasmussen, Skanderborg Kommune  
Helle Bro, Holstebro Kommune  
Mette Andreassen, Viborg Kommune  
Anders Kjærulff, Silkeborg Kommune  
Hosea Dutscke, Aarhus Kommune  
Anders Horst Pedersen, KOSU  
Jonna Holm Pedersen, KKR

Lise Høyer, PLO-M  
Henrik Kise, PLO-M

Lisbeth Holsteen Jessen, Region Midtjylland  
Poul Michaelsen, HE Vest, Region Midtjylland  
Hanne Svestrup Demant, HE Horsens, Region Midtjylland  
Marianne Jensen, RH Randers, Region Midtjylland  
Inge Pia Christensen, AUH, Region Midtjylland  
Thomas Balle Kristensen, HE Midt, Region Midtjylland  
Anette Schouv Kjeldsen, AUH, Region Midtjylland  
Tina Ebler, Social og Psykiatri, Region Midtjylland  
Mette Kjølby, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland  
Dorthe Klith, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland  
Helene Bech Rosenbrandt, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

### Beslutning

Der var afbud fra Flemming Storgaard, Hosea Dutscke, Lisbeth Holsteen Jessen, Inge Pia Christensen, Tina Ebler og Mette Kjølby.

1-31-72-279-18

## 2. Input til regionens sundheds- og hospitalsplan

### Resumé

Region Midtjylland indhenter i perioden april-juni 2019 input til kommende sundheds- og hospitalsplan. Regionsrådets politiske rammesætning af sundheds- og hospitalsplanen danner udgangspunkt for drøftelserne. Drøftelser i klyngerne inddrages i drøftelserne i Sundhedsstyregruppen i det omfang det har været muligt at afholde klyngestyregruppemøde forud for dagens møde.

### Formandskabet indstiller

at Sundhedsstyregruppen giver input til regionens sundheds- og hospitalsplan

### Sagsfremstilling

#### Det udviklende rum

- Vær nysgerrig
- Udnyt forskelle i perspektiver, viden, erfaring og faglighed
- Undgå kritik

#### Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Region Midtjylland har anmodet sine samarbejdspartner om at give input til Region Midtjyllands sundheds- og hospitalsplan.

Punktet indledes med, at Lisbeth Holsteen Jessen præsenterer den politiske rammesætning, som ledsages af eksempler på spørgsmål, som kan danne udgangspunkt for drøftelsen af input til planen. Præsentationen (planchesæt), politisk rammesætning og tidsplan for sundheds- og hospitalsplanen er vedlagt som bilag. Sundhedsstyregruppens input skrives til referat med henblik på tilbagemelding til regionen.

### Baggrund

Sundhedsstyregruppen havde 30. januar 2019 en indledende drøftelse af, hvordan det tværsektorielle samarbejde bedst kunne inddrages og give input til Region Midtjyllands sundheds- og hospitalsplan. Sundhedsstyregruppen anbefalede, at input til sundheds- og

---

hospitalsplan blev drøftet i klyngesamarbejdet, og at klyngens drøftelser efterfølgende blev videreformidlet til Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

I forlængelse af beslutning om den politiske rammesætning for sundheds- og hospitalsplanen (regionsrådet den 27. marts 2019) er et dagsordenpunkt om input til sundheds- og hospitalsplanen sendt til alle klyngestyregrupperne. Her er klyngestyregrupperne blevet anbefalet at overveje følgende:

- Hvad er vigtigt for klyngen at få udfoldet eller italesat i forhold til de overskrifter, der indgår i regionens politiske rammesætning?
- Giver den politiske rammesætning anledning til overvejelser om nuværende opgavedeling mellem sektorerne?
- Hvordan kan der skabes yderligere sammenhæng mellem rammesætningen og sundhedsaftalen (høringsudkast)?

Det har været forskelligt, hvordan klyngerne har valgt at tilgå drøftelsen. Af hensyn til muligheden for at komme i dybden, er klyngerne blandt anden blevet opfordret til at udvælge 1-2 af emnerne i den politiske rammesætning, som de vil tage op til særlig drøftelse.

Klyngestyregruppen i Aarhus har holdt møde 8. april 2019. Klyngens bemærkninger er vedlagt.

Klyngestyregruppen i Midt havde møde 24. marts 2019 og har således taget udgangspunkt i en anden rammesætning for drøftelsen end de øvrige klynger. Klyngens bemærkninger er vedlagt.

Klyngerne i Vest, Horsens og Randers har møder henholdsvis 20. maj 2019, 6. juni 2019 og 20. juni 2019. Klyngerne vil tage drøftelserne i Sundhedsstyregruppen med i deres egne drøftelser og herefter sende input.

## Beslutning

Dorthe Klith indledte med en præsentation af den politiske ramme med fokus på det tværsektorielle. Ift. det tværsektorielle tages der afsæt i Sundhedsaftalen 2019-2023.

Sundhedsstyregruppen prioriterede at give input til følgende temaer:

- **Sundhedshuse:** Der er behov for at definere, hvilke funktioner et sundhedshus bør indeholde. Det er vigtigt at have fokus på sammenhæng baseret på mere end mursten. Der bør være fokus på, hvordan indholdet gøres tilgængeligt for så mange borgere som muligt.
- **Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen:** Vigtigt med fortsat fokus på at afdække snitflader og sikre koordination mellem sektorerens tilbud, fx hvis regionen etablerer udgående funktioner skal der sikres koordination med kommunale funktioner og vice versa.
- **Forebyggelse:** Med rygestopafptalen tager regionen ansvar for opsporing, motivering og henvisning af patienter til kommunale rygestoptilbud. Der er brug for at se på, hvad vi i fællesskab skal gøre, fx ift unge der begynder at få det psykisk dårligt, og hvor vi ved en fælles og tidligere indsats kan foregribe, at det udvikler

---

sig til behov for en indlæggelse. Der skal ses på forventningsafstemning og krav til patienter - fx i forhold til rygestop eller vægttab inden en given operation.

- **Specialeplanlægning:** Der skal fortsat være fokus på, at samarbejdsaftaler for borgere, der på grund af specialisering behandles på tværs af klynger, bliver regionsdækkende.
- **Digitalisering:** Vigtigt med fortsat fokus på digitalisering. Der skal være opmærksomhed på at udvikle både sundhedspersonalets digitale kompetencer og at tage hensyn til borgernes sundhedskompetencer, når det afklares, om en borger tilbydes fx kontroller via telemedicin. Med afsæt i den infrastruktur, der bygges op omkring TeleKOL, skal vi også afprøve indsatser i mindre skala end de store nationale projekter.

## Bilag

- [Planchesæt - oplæg til drøftelse af sundheds- og hospitalsplan](#)
- [Politisk rammesætning](#)
- [Tids- og procesplan](#)
- [Referat pkt 3., Aarhusklyngens møde den 8. april 2019](#)
- [Midtklyngens input Sundhedsplan](#)
- [SSG 030519 LHJ sundheds- og hospitalsplan](#)

---

1-01-72-30-17

### 3. Status fra arbejdsgruppen om indsats vedr. influenzavaccination

#### Formandskabet indstiller,

at Sundhedsstyregruppen tager orienteringen til efterretning

#### Sagsfremstilling

##### Det afklarende rum

- Hvad og hvorfor?
- Hvad er det, vi gerne vil løse for borgeren – og hvorfor?

#### Baggrund

På mødet i Sundhedsstyregruppen 23. november 2018 blev det besluttet, at der skal igangsættes en fælles indsats, der skal sikre, at flere ældre og flere kronikere vaccineres mod influenza, og at der til formålet nedsættes en midlertidig tværsektoriel arbejdsgruppe.

Arbejdsgruppen vedr. influenzavaccinationer arbejder derfor på at sammensætte en materialepakke, der kan være klar til august 2019 bestående af:

- En datapakke, hvor der er muligt at følge antallet af ældre, der vaccineres mod influenza
- Et idékatalog med inspiration til handlinger, kampagner mv:
  - Der udarbejdes inspirationsmateriale målrettet henholdsvis borgere og personale i kommunerne, på hospitalerne, almen praksis bl.a.:
    - Postkort og badges (der afstemmes med den kampagne, der kommer fra Sundhedsstyrelsen)
    - PowerPoint plancher der kan benyttes i forbindelse med personalemøder
    - Inspirationsmateriale der understøtter, at sundhedspersonalet husker at 'minde' borgere og patienter om vaccination (målrettet kommuner, hospitaler og almen praksis)
  - Det afsøges, om der er mulighed for, at almen praksis afholder vaccinationsdage eller vaccinationsuge, hvor aktiviteten fokuseres på vaccination af patienter.

### Den videre proces

- Arbejdsgruppens materiale sendes til skriftlig godkendelse i Sundhedsstyregruppen (SSG) i løbet af maj
- Arbejdsgruppens materiale drøftes i Praksisplanudvalget (PPU) 27/5
- Arbejdsgruppens materiale sendes til godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) 7/6
- Materialepakken sendes til klyngerne til drøftelse og anvendelse medio juni
- Kampagne start 1/10 2019 – 1/12 2019



### Beslutning

Indstilling godkendt.



1-35-72-3-15

#### 4. Godkendelse af revideret forløbsprogram for KOL

##### Administrationen indstiller,

at revideret forløbsprogram for KOL godkendes

##### Sagsfremstilling

###### Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Forløbsprogrammet for KOL beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede indsats for borgere med KOL, samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører.

På grund af flere nye udviklinger på KOL området, har der været behov for en revidering af seneste version af forløbsprogrammet. Revideringen er foretaget af forløbsprogramgruppen for KOL.

Ændringerne omfatter indføjelser og konsekvensrettelser af indhold, der allerede er aftalt i andet regi. Dette gælder:

- ny overenskomst for almen praksis (OK18)
- nye nationale kliniske retningslinjer (NKR) vedr. rehabilitering af patienter med KOL
- fælles samarbejdsaftale om rygestop i Midtjylland
- beskrivelser af telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL

Herudover er der også foretaget indholdsmæssige ændringer på følgende områder:

- præcisering af målgruppen
- klassifikation af KOL
- rehabilitering og samarbejde med civilsamfundet samt pårørendeinddragelse
- ernæringsindsatsen
- nyt afsnit vedr. den akutte indsats for borgere med KOL

De indholdsmæssige ændringer er kort uddybet nedenfor.

---

### Præcisering af målgruppe

Målgruppen er præciseret, så det fremgår tydeligere, at forløbsprogrammet også retter sig mod borgere med udiagnosticeret KOL. I den forbindelse er der tilføjet diagnosekoden vedr. respirationsinsufficiens, således at forløbsprogrammet afspejler målgruppen i Sundhedsstyrelsens vejledning vedr. *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL* (2017).

### Klassifikation af KOL

Klassifikationen af sværhedsgraden af KOL ved brug af GOLD-guidelines er skrevet ud af programmet, og klassifikationen er i stedet udfoldet skriftligt. Dette med henblik på at undgå forvirring vedr. hvilken version af GOLD-guidelines, der anvendes, og med henblik på at gøre programmet mere tidsvarende. Der er linket til vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Dansk Lungemedicinsk Selskab (DLS) for uddybning af klassifikationen.

### Rehabilitering og samarbejde med civilsamfundet

Foruden indføjelser af nye NKR er rehabiliteringsafsnittet ændret i forhold til ny definition af rehabiliteringsbegrebet baseret på Marselisborgcentrets hvidbog. Hermed har sammenhængen mellem sundhedsvæsen, civilsamfund og inddragelse af pårørende fået en tydeligere placering i forløbsprogrammet.

### Ernæringsindsatsen

Opgaverne for hhv. almen praksis, kommune og hospital er præciseret, og der er indføjet definitioner af relevante begreber. Der har dog været et yderligere behov for at få præciseret den patientgruppe, der kan modtage diætbehandling på hospitalet. Til det formål har der været nedsat en mindre arbejdsgruppe bestående af kliniske diætister fra henholdsvis RH Horsens og HE vest, som har konkretiseret, hvad der menes med "komplicerede ernæringsmæssige problemstillinger". Denne præcisering har ikke indgået i høringsoplægget, men er udsendt til Klinikforum med henblik på bemærkninger. På den baggrund er præciseringen indføjet i det endelige udkast af det reviderede forløbsprogram.

### Beskrivelse af den akutte indsats

På baggrund af Sundhedsstyregruppens beslutning af 15. marts 2018 om, at den telemedicinske indsats skal ses i sammenhæng med akut-området, har forløbsprogramgruppen udarbejdet en nærmere beskrivelse af den samlede akutte indsats, hvor særligt kommunernes rolle er gjort tydelig. Afsnittet skal også læses i sammenhæng med det arbejde, som aktuelt pågår med at afdække mulige forbedringer af den tværsektorielle indsats på akutområdet.

Foruden overstående ændringer er der foretaget sproglige rettelser af programmet.

### **Høringsproces og høringssvar**

Udkast til det reviderede forløbsprogram har været i administrativ høring i perioden 18. marts til 5. april 2019.

Der er i alt modtaget 22 høringssvar, som er vedlagt til orientering. Generelt fremgår det af svarene, at der er opbakning til forløbsprogrammet. Formandskabet for forløbsprogramgruppen har behandlet de indkomne høringssvar. De gennemgående temaer i høringssvarene samt håndteringen af bemærkningerne hertil er kort skitseret nedenfor. En

---

fyldstgørende oversigt over temaer i høringssvarene samt håndtering af bemærkninger er vedlagt til orientering.

#### Ernæringsindsatsen

Flere nævner, at mulighed for at tilbyde diætvejledning til KOL borgere skal præciseres. Forløbsprogramgruppen har valgt at lægge sig tekstnært op ad den godkendte implementeringsplanen vedrørende behandling af KOL og Diabetes type 2 patienter i almen praksis. Heri fremgår det, at almen praksis har behandlingsansvaret for alle tilmeldte patienter med KOL på nær særlige undergrupper. Dette gælder også i forhold til kostvejledning, som kan tilbydes i et samarbejde med kommunen. For patientgrupper, der er tilknyttet almen praksis, tilbyder hospitalerne ikke diætvejledning.

Det påpeges også, at sammenhængen mellem KOL og dysfagi skal tydeliggøres. På den baggrund er der indføjet en kort beskrivelse samt henvisning til National Klinisk Retningslinje på området.

#### Beskrivelse af den akutte indsats

Det bemærkes i flere høringssvar, at den konkrete form på samarbejdet mellem lægevagt og kommunale akutteams ikke er beskrevet.

Den tværsektorielle akutte indsats er som nævnt aktuelt omdrejningspunkt for drøftelser i forskellige regi. Forløbsprogramgruppen afventer nærmere beskrivelser vedr. det konkrete samarbejde, inden dette kan udfoldes i forløbsprogrammet.

#### Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

Af flere høringssvar fremgår det, at behandlingsansvaret for borgere i telemedicin skal fremgå tydeligere. I regi af landsdelsprogrammet Midtjylland vedr. udrulning af telemedicin til borgere med KOL er der nedsat en arbejdsgruppe, som har beskrevet det sundhedsfaglige indhold. Denne gruppe har i høringsperioden arbejdet med at få præciseret behandlingsansvaret. Præcisering er indføjet i forløbsprogrammet, ligesom henvisningsproceduren er udfoldet.

#### Tydelighed vedr. behandlingsansvaret samt opgavefordeling

Der savnes mere tydelighed vedr. placering af behandlingsansvaret. Der er på den baggrund foretaget enkelte præciseringer i forhold til behandlingsansvaret, ligesom det er indføjet, at behandlingsansvaret til enhver tid skal være entydigt placeret og i øvrigt fremgå klart for relevante parter herunder borgeren.

Endvidere savnes der en oversigt over opgavefordelingen. Dette imødekommes ved, at der som implementeringsredskab udarbejdes en kort oversigt over opgavefordelingen mellem almen praksis, kommune og hospital efter at forløbsprogrammet er endeligt godkendt.

#### **Den videre proces**

Ved godkendelse af Forløbsprogrammet for KOL i Sundhedsstyregruppen 3. maj 2019 vil programmet efterfølgende blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget den 7. juni 2019. Herefter udsendes programmet til godkendelse i byråd og regionsrådet med henblik på, at programmet er fuldt implementeret pr. 31. december 2019.

---

**Beslutning**

Indstilling godkendt.

**Bilag**

- [Forløbsprogram KOL 2019 SSG](#)
- [Oversigt emner i høringssvar KOL forløbsprogram SSG](#)
- [Samlet høringssvar forløbsprogram KOL](#)

1-30-72-77-17

## 5. Fælles koncept for kompetenceudvikling geriatri

### Formandskabet indstiller,

**at** Sundhedsstyregruppen godkender arbejdsgruppens afrapportering og anbefalinger, herunder

- at der udvikles en læringsportal
- at der udarbejdes datapakke og refleksionsspørgsmål til kvalitetsklynger i almen praksis
- at der etableres dialog med SOSU-uddannelserne om grundviden ift. geriatri

### Sagsfremstilling

#### Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Sundhedsstyregruppen godkendte 16. august 2018 en fælles model for rådgivning i geriatri (ældresygdomme) fra hospitaler til kommuner og almen praksis og bestilte, at der udvikles et fælles koncept for kompetenceudvikling og vedligehold af kompetencer, der kan anvendes i alle klynger. Nærværende afrapportering er udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe og indeholder anbefalinger til et fælles koncept. Sundhedsstyregruppen forholder sig til vedlagte afrapportering og anbefalinger fra arbejdsgruppen og beslutter hvilke anbefalinger, der skal igangsættes udmøntning af.

#### Baggrund

Rådgivning og kompetenceudvikling skal bidrage til at realisere mål i Sundhedsaftalen 2019-2023 om at styrke samarbejdet om akut syge ældre og nedbringe antallet af akutte indlæggelser blandt ældre samt nationale mål for sundhedsvæsenet om bedre sammenhængende patientforløb og styrket indsats for kronikere og ældre.

Geriatrici er valgt som emne for en styrket rådgivning og kompetenceudvikling, fordi den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere borgere med geriatriske problemstillinger. Det medfører et øget behov for at forebygge, at ældre borgere bliver geriatriske patienter og for at kunne tilbyde den rette behandling til borgere med geriatriske pro-

blemstillinger. Styrket rådgivning og kompetenceudvikling i geriatri fra hospitaler til almen praksis og kommuner er et element i at understøtte dette.

I klyngerne foregår der i forskelligt omfang geriatrisk kompetenceudvikling målrettet almen praksis og kommuner. Det bidrager til fælles sprog og tilgang til borgere med geriatriske problemstillinger og styrker udbyttet også af telefonrådgivning.

Konceptet for kompetenceudvikling og vedligeholdelse af kompetencer skal kunne anvendes tværfagligt og på tværs af klynger.

### **Arbejdsgruppens anbefalinger**

Rådgivning fra hospitaler og kompetenceudvikling i kommuner og almen praksis skal:

- understøtte praktiserende læger og kommunalt sundhedspersonale i at give borgerne den rette behandling i nærmiljøet, og at indlæggelse kun sker ved behov
- styrke tidlig opsporing og handling for både at mindske behov for indlæggelser og at undgå for sene indlæggelser, når indlæggelse er nødvendig
- understøtte sammenhængende geriatriske forløb med gode indlæggelser og udskrivelser.

Fokus bør være på praksisnær læring, hvor kompetenceudvikling sker borgernært og centreret omkring de enkelte plejehjem, hjemmeplejer og kvalitetsklynger i almen praksis. Der lægges op til, at kompetenceudvikling dels sker ved, at faggrupper med en merviden forpligtes til at give denne videre, dels at den praksisnære kompetenceudvikling understøttes af en læringsportal, hvor der fx bliver adgang til cases og ekspertvideoer. Der er estimeret udgift til læringsportal og produktion af videoklip på 65.000,- kr. i 2019 og herefter udgifter til vedligehold på 15.000,- kr. pr. år. Beløbet foreslås dækket af Beredskabspuljen.

Samlet set anbefaler arbejdsgruppen:

1. At kompetenceløft primært foregår lokalt og praksisnært
2. At den lokale organisering understøtter udveksling af erfaringer og udnyttelse af kompetencer på tværs af faggrupper og sektorer, der er involveret i det enkelte borgerforløb
3. At kompetenceløft understøttes af en læringsportal, der understøtter lokal og praksisnær kompetenceudvikling – herunder:
  - At der i samarbejde mellem kommuner og hospitaler udarbejdes cases på en række områder
  - At der produceres ekspertvideoer
  - At succeser og gode erfaringer deles
  - At redskaber som TOBS (tidlig opsporing af begyndende sygdom), hverdagsindikatorer, audits og lignende samles i en værktøjskasse
4. At der udarbejdes datapakke og refleksionsspørgsmål til kvalitetsklynger i almen praksis
5. At der etableres dialog med SOSU-uddannelserne om grundviden ift. geriatri.

### **Den videre proces**

På baggrund af beslutning i Sundhedsstyregruppen igangsætter Sundhedsaftalesekretariatet udmøntning af godkendte anbefalinger.

**Beslutning**

Indstilling godkendt.

**Bilag**

- [Afrapportering kompetenceudvikling geriatri 080419](#)

1-01-72-30-17

## 6. Forebyggelige indlæggelser - inspiration fra Aarhusklyngen

### Formandskabet indstiller,

**at** Sundhedsstyregruppen lader sig inspirere af Aarhusklyngens arbejde med forebyggelige indlæggelser

### Sagsfremstilling

#### Det udviklende rum

- Vær nysgerrig
- Udnyt forskelle i perspektiver, viden, erfaring og faglighed
- Undgå kritik

Sundhedsstyregruppen har valgt forebyggelige indlæggelser som fokusindikator. Vest-, Midt- og Randersklyngen har ved tidligere møder præsenteret deres arbejde med at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser. På dette møde deles erfaringer fra Aarhusklyngen, og på næste møde vil erfaringer fra Horsensklyngen blive delt.

Kirstine Markvorsen, sundheds- og omsorgschef Aarhus Kommune deltager under punktet og præsenterer sammen med Anette Schouv Kjeldsen, Aarhusklyngens erfaringer.

### Beslutning

Anette Schouv Kjeldsen præsenterede Aarhusklyngens erfaringer med fælles akutteam, fælles udgående lungeteam, projekt hvor hjemløse kan udskrives til Pittstop fremfor til gaden eller have et ophold her forud for indlæggelse samt forskningsprojekt om betydning af fasttilknyttet læge på plejehjem. Oplæg vedlagt.

### Bilag

- [SSG 030519 ASK foreb indl](#)



1-30-72-152-17

## 7. Status for ledsageraftalen

### Administrationen indstiller,

- at** Sundhedsstyregruppen tager de administrative præciseringer i aftalen til orientering
- at** Sundhedsstyregruppen godkender arbejdsgruppens anbefalinger om, at klynge-styregrupperne drøfter ledsageraftalen og, at der udarbejdes en plakat, som i korte træk beskriver ledsageraftalen med henblik på at understøtte udbredelse af kendskabet til aftalen
- at** Sundhedsstyregruppen beder klyngestyregrupperne drøfte muligheden for at finde andre løsninger for de patienter, der har særligt dyre ledsagelser

### Sagsfremstilling

#### Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Den nye version af ledsageraftalen trådte i kraft 1. april 2018. Ledsageraftalen indebærer, at hospitalet betaler for, at kommunen/institutionen sender en ledsager med borgeren, når borgeren har behov for personlig hjælp, hjælp til kommunikation og ledsagelse for, at en udredning og behandling kan gennemføres. Det er en præmis for aftalen, at det er hospitalet, som bestemmer, om der er behov for en ledsager eller ej.

Arbejdsgruppen bag ledsageraftalen har evalueret aftalen, herunder drøftet forbruget og implementeringen af aftalen samt indarbejdet mindre ændringer i aftalen.

Vedlagt er oversigt over forbruget fordelt på hospitaler og kommuner i 2017 og 2018. Det samlede forbrug er steget fra 2,8 mio. kr. i 2017 til 4,9 mio. kr. i 2018. Arbejdsgruppen konstaterer, at der er forskel på hospitalernes og kommunernes forbrug af ledsageraftalen. Det er den konkrete faglige vurdering på hospitalet, der er afgørende for, hvornår ledsageraftalen anvendes.

Arbejdsgruppen har undersøgt de fakturaer fra 2018, som var højere end 100.000 kr. for at undersøge, om der er nogle patienter, som er særligt dyre, og dermed påvirker forbruget på enkelthospitaler i særlig grad. Af bilaget med forbruget for 2018 fremgår en angivelse af tilfælde, hvor patienter har haft særligt dyre ledsagelser.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det er forskelligt i hvilken grad, ledsageraftalen er implementeret ud i yderste led på hospitalerne og i kommunerne. Arbejdsgruppen anbefaler, at klyngestyregrupperne drøfter ledsageraftalen med henblik på at udbrede kendskabet til aftalen. Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at der i regi af Sundhedsplanlægning, Sekretariatet for rammeaftaler og KOSU-sekretariatet udarbejdes en plakat eller lignende i A4 størrelse, som i korte træk beskriver ledsageraftalen, og som kan sendes til alle hospitaler og kommuner. Formålet hermed er at synliggøre aftalen for medarbejderne.

Arbejdsgruppen har administrativt præciseret følgende i aftalen:

- Det er præciseret, at borgeren skal give samtykke til, at der må udveksles informationer mellem kommune og hospital om borgeren, og der dermed kan indgås en aftale om ledsagelse.
- Ankestyrelsens principafgørelse 66-16 om borgerstyret personlig assistance (BPA) er indarbejdet i afsnittet om personlige hjælpere i hjemmet. Principafgørelsen fastslår, at BPA-ordningen ikke kan træde i stedet for ledsageraftalen, da BPA-ordningen er omfattet af Serviceloven, mens ledsagelse til hospitalsbehandling er en ydelse indenfor Sundhedsloven.
- Det er præciseret, at borgere, som en kommune i Region Midtjylland har visiteret til et botilbud udenfor Region Midtjylland, kan få ledsagelse i henhold til Region Midtjyllands ledsageraftale.
- Der er indarbejdet et nyt afsnit om anbragte børn og unge, hvori det fremgår, at institutionen varetager de opgaver, forældre forventes at varetage i forbindelse med behandling på hospital, men at ledsageraftalen kan anvendes, hvis barnet/den unge har behov for særlig socialpædagogisk støtte, for at behandlingen kan gennemføres.

Opdateret aftale og bilag om anbragte børn og unge er vedlagt.

Arbejdsgruppen har udarbejdet en oversigt over ofte stillede spørgsmål. Oversigten findes her: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/om-sundhedsaftalen/samarbejdsaftaler/ledsageraftale/ofte-stillede-sporgsmal-om-ledsageraftalen/>

## Beslutning

Indstilling godkendt.

Sundhedsaftalesekretariatet kontakter klyngerne vedrørende, at klyngerne bedes drøfte:

- ledsageraftalen med henblik på at understøtte udbredelse af kendskabet til aftalen
- muligheden for at finde andre løsninger for de patienter, der har særligt dyre ledsagelser.

**Bilag**

- [Endelig Oversigt forbrug 2017](#)
- [Endelig Oversigt forbrug 2018](#)
- [Ledsageraftalen i forhold til anbragte børn og unge](#)
- [Endelig aftale 2018 - endelig - 290319](#)

1-01-72-30-17

## 8. Fælles governance for telemedicin og digitale sundhedsløsninger i Midtjylland

### Formandskabet indstiller

- at** Sundhedsstyregruppen drøfter oplægget til en fremtidig fælles governance for tværsektorielle telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger, herunder kommissoriet for en fælles styregruppe
- at** Sundhedsstyregruppen godkender, at der som en del af den fælles governance nedsættes en styregruppe for telemedicin og digitalt understøttede sundhedsløsninger

### Sagsfremstilling

#### Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

I takt med udbredelse og implementering af både nationale og lokale projekter der fokuserer på telemedicinske og digitalt understøttede sundhedsløsninger på tværs af sektorer, er der behov for at etablere en tydelig fælles governance struktur i Midtjylland. Formålet med den fælles governance er at sikre samarbejde og beslutningsgange i de tværsektorielle løsninger og sammenhæng til de nationale beslutningsfora. Den fælles governance foreslås etableret med udgangspunkt i en Styregruppe for telemedicin og digitalt understøttede sundhedsløsninger. Udkast til kommissorium for styregruppen er vedlagt. Desuden bør der nedsættes en brugergruppe for hver driftsløsning. Det skal sikre en løbende vurdering og afrapportering af forretningsmæssige behov og tilpasning til arbejdsgange, samarbejdsaftaler mm. til Styregruppen for telemedicin og digitalt understøttede sundhedsløsninger (se også model for governance).

Konkret foreslås det, at disse nuværende og kommende driftsløsninger indgår i styregruppens portefølje:

- Telemedicinsk sårvurdering (herunder stomi)
- Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL
- Kommende fælles løsninger.

Den fælles governance struktur i Midtjylland skal sikre transparens og tydelighed mellem de organisatoriske samarbejdsaftaler, det tekniske set up og udmøntning af de fælles politiske, strategiske og økonomiske beslutninger, som træffes i regi af nationale fora på området (eksempelvis Den nationale bestyrelse for sundheds-it, Styregruppen for fællesoffentlig systemforvaltning af sundheds-it (FSI), samt fællesoffentlige forretningsstyregrupper). For at sikre dette, er der et overordnet behov for en fælles styregruppe for telemedicin og digitalt understøttede sundhedsløsninger under Sundhedsstyregruppen, der varetager governance i forhold til at:

- Afklare og prioritere behov som vedrører fælles driftsløsninger (eksempelvis prioritering af ønsker til nationale løsninger)
- Træffe strategiske og økonomiske beslutninger med bemyndigelse fra Sundhedsstyregruppen
- Sikre sammenhæng mellem lokale driftsløsninger og nationale løsninger og beslutningsfora
- Godkende samarbejdsaftaler og efterfølgende justeringer i forhold til de underliggende løsninger
- Sikre implementering og opfølgning på implementeringsgraden i landsdelen
- Sikre sammenhæng til Sundhedsaftalen.

### **Den lokale governance i Midtjylland**

Det er et grundvilkår ved fælles telemedicinske løsninger, at aktørerne består af selvstændige myndigheder og private aktører, der ikke indgår i ét samlet beslutningshieraki. I forhold til telemedicinsk sårvurdering og telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er parterne forpligtet på et overordnet niveau via økonomiaftalerne. Derunder vil der ofte være tale om komplekse beslutningsstrukturer.

Kompleksiteten betyder også, at der kan være behov for overblik og en mere entydig fastlæggelse af beslutningskompetencerne i de fælles telemedicinske driftsløsninger.

Behovet for en lokal governance struktur i Midtjylland skal konkret ses i relation til de to nationale projekter om udbredelse af telemedicinske løsninger – telemedicinsk sårvurdering og telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Derudover forventes det, at der fremover vil komme flere fælles løsninger til at understøtte det sammenhængende og nære sundhedsvæsen. Da telemedicinsk sårvurdering i efteråret 2015 overgik fra at være et nationalt implementeringsprojekt til at være en driftsløsning i de enkelte landsdele, var der i Midtjylland ikke nogen tværsektoriel, ledelsesmæssig forankring af fælles beslutninger med relevans for driften. Konkret er det derfor vanskeligt at sikre den nødvendige sammenhæng mellem driften lokalt i Midtjylland og de beslutninger, som træffes i den nationale forretningsstyregruppe. Fordi der ikke har eksisteret en governance struktur, har det siden overgangen fra projekt til drift i praksis været vanskeligt for henholdsvis den kommunale og regionale repræsentant i den nationale forretningsstyregruppe at fremføre bredt funderede synspunkter og ønsker. Ligeledes har der manglet et forum med ansvaret for opfølgning af de indgåede samarbejdsaftaler og sammenhæng til Sundhedsaftalen.

På tilsvarende vis vil der være et behov for en velfungerende lokal governance, når telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i løbet af 2021 forventes at være fuldt implementeret i drift. Til den tid vil der være behov for, at styringsmodellen i Midtjylland kan agere i samarbejdet med de øvrige landsdele om infrastruktur, løsninger

---

til borgere og medarbejdere mm. Endelig kan en lokal governance også fungere som styringsmodel for lokale aftaler om brug af digitale løsninger på tværs af sektorerne i Midtjylland.

Et fælles ejerskab stiller store krav til, at der udvikles en effektiv samarbejdsform, hvor beslutningsprocesser og samarbejdsformer altid involverer de rette aktører.

Derfor bør den fælles governance i Midtjylland afspejle følgende principper:

- Organiseringen varetager koordination af den fællesoffentlige driftsopgave på tværs af region og kommuner
- Organiseringen bygger på formaliserede aftaler
- De få tager ansvaret på vegne af de mange (så ikke alle skal høres om alting) – oprettelsen af ekstra led i organisationen skal have et klart formål og funktion, for at flaskehalse undgås.

Styringsmodellen skal på den ene side kunne håndtere overordnede forhold af økonomisk, politisk og strategisk karakter på tværs af region og kommuner, og på den anden side skal den også kunne rumme mere driftsnære forhold.

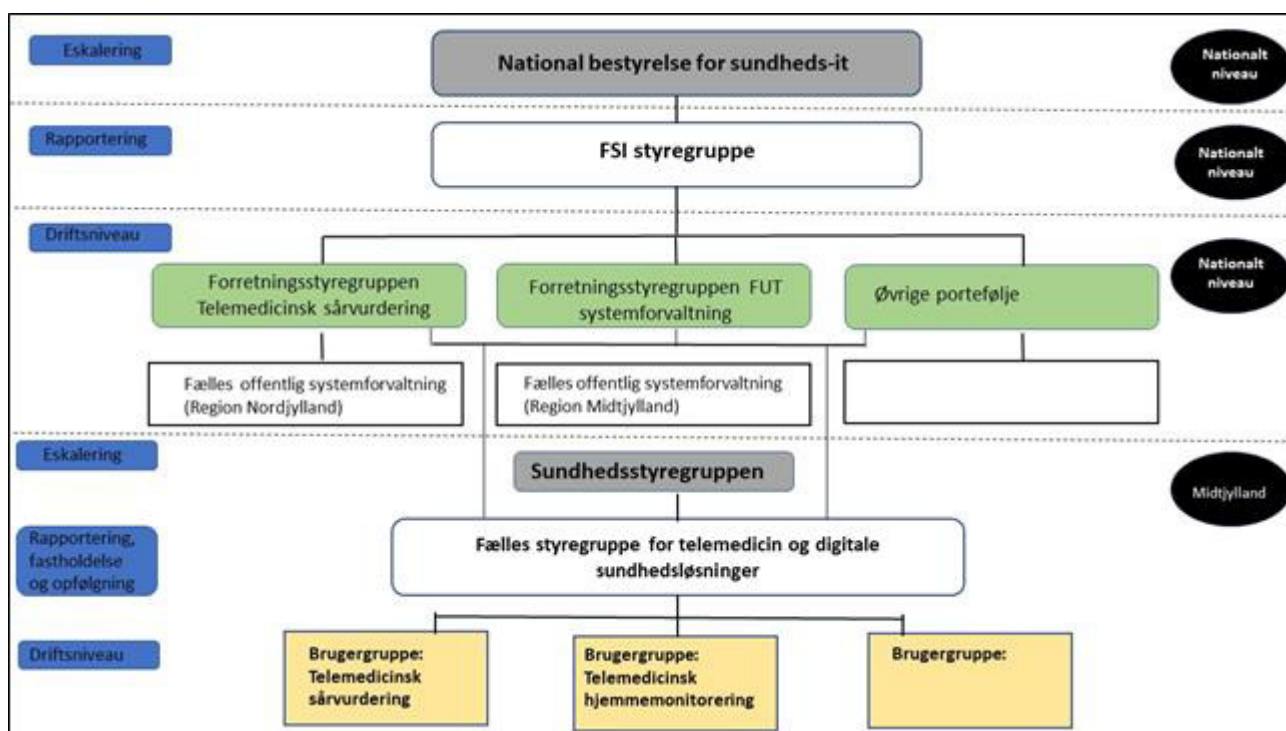
Den foreslåede governance afspejler disse behov ved at operere med to beslutningsniveauer: øverst en styregruppe og derunder relevante brugergrupper samt et dagligt administrativt niveau i form af Sundhedsaftalesekretariatet.

### **Sammenhæng mellem lokal og national governance**

Både telemedicinsk sår vurdering og telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er en del af den nationale styringsmodel, som bl.a. indbefatter fællesoffentlig systemforvaltning af begge løsninger. Fællesoffentlig systemforvaltning af sundheds-it (FSI) er etableret for at øge effektiviteten i drift og vedligehold af fælles sundheds-it løsninger, der er finansieret af mere end én part. Herudover er formålet at sikre, at afhængigheder mellem systemerne samt kritiske integrationer og implementering via lokale systemer bliver synliggjort og koordineret på tværs af systemerne og mellem systemansvarlige organisationer.

FSIs governancemodel skal sikre en effektiv beslutningsproces samt gennemsigtighed i og tydeliggørelse af forskellige ansvarsområder.

Det er inden for denne ramme, at den fælles styregruppe i Midtjylland skal sikre koblingen mellem de lokale brugergrupper, ønsker og forretningsbehov og de nationale (forretnings)styregrupper/øvrige beslutningsfora. Nedenstående figur viser sammenhængen mellem det nationale og lokale niveau.



\* Forretningsstyrelsen FUT (Fælles Udbud og udvikling af Telemedicin) systemforvaltning varetager den telemedicinske infrastruktur, samt borger- og medarbejderrettede løsninger.

## Beslutning

Anders Kjærulff, direktør, Silkeborg Kommune og Britta Ravn, centerleder, Center for telemedicin indledte med et oplæg (vedlagt).

Indstilling godkendt med følgende bemærkninger:

- den infrastruktur, vi vælger for TeleKOL og Telesår, skal også kunne bruges bredt til kommende projekter
- styregruppen skal arbejde indenfor rammerne af de strategier, der udspringer fra Sundhedsstyrelsen og nationalt samt have en tæt konneks til Fælles Servicecenter
- gruppen skal kunne håndtere digitale sundhedsydelser/behandlingsstøtte og ikke kun telemedicin
- psykiatrien ønsker en plads i styregruppen.

## Bilag

- [Udkast kommissorium styregruppe](#)
- [SSG 030517 AK BR fælles governance](#)

1-30-72-212-14

## 9. Afrapportering HjerteKomMidt 2018

### Formandskabet indstiller,

at Sundhedsstyregruppen tager orienteringen til efterretning

### Sagsfremstilling

#### Det afklarende rum

- Hvad og hvorfor?
- Hvad er det, vi gerne vil løse for borgeren – og hvorfor?

Formålet med punktet er at orientere Sundhedsstyregruppen om resultaterne fra HjerteKomMidt 2018. Herunder at fremhæve de opmærksomhedspunkter som følgegruppen for HjerteKomMidt har fundet i rapporten. Overordnet er det følgegruppens vurdering, at resultaterne fra HjerteKomMidt i 2018 er tilfredsstillende. Særligt set i lyset af at HjerteKomMidt kun har været i drift i to år.

Anders Kjærulff indleder punktet med en kort orientering om de væsentligste opmærksomhedspunkter i afrapportering fra HjerteKomMidt 2018.

#### Baggrund

DEFACTUM har på baggrund af data fra HjerteKomMidt databasen i perioden 1. januar – 31. december 2018 udarbejdet vedlagte afrapportering fra HjerteKomMidt 2018. Rapporten har ultimo marts været til gennemlæsning ude i kommunerne, og på møde i følgegruppen for databasen 29. marts drøftede man de indkomne tilbagemeldinger, hvorefter flere er blevet indarbejdet i rapporten med henblik på den endelige afrapportering til Sundhedsstyregruppen 3. maj 2019 og Sundhedskoordinationsudvalget 7. juni 2019.

Afrapporteringen 2018 er den anden årlige rapportering fra HjerteKomMidt. På regionalt niveau viser rapporten, at to indikatorer – vedholdende deltagere og screening for angst og depression – er tæt på at opfylde de fastsatte standarder fra Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD). Tre indikatorer – 80% deltagelse, 10% stigning i fysisk arbejdskapacitet og rygestop – opfylder ikke de fastsatte standarder. For diætbehandling er der ikke fastsat nogen standard. I tabellen herunder fremgår de konkrete procenttal på de enkelte indikatorer og de fastsatte standarder fra DHRD:



Tabel: Indikatorresultater for kommunal hjerterehabilitering i Region Midtjylland for 2018 og 2017 samlet for alle diagnoser: Iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapoperation					
	Standard (%)	2018		2017	
		Tæller/nævner	Andel (%)	Tæller/nævner	Andel (%)
1b: Vedholdende deltagere	75	1432/1988	72	774/1053	70
2a: Deltage i 80 % af trænings-sessioner	70	1065/1829	58	634/1111	57
2b: 10 % stigning i arbejdskapacitet	80	930/1448	64	720/1063	67
3: Rygestop	60	153/313	48	124/236	52
4: Diætbehandling	Ikke fastsat	1164/2083	55	627/1139	55
5: Screening for angst og depression*	80	1188/1522	78	795/991	80

\* Silkeborg Kommune og de seks kommuner i Vestklyngen foretager ikke screening for angst og depression. Borgere kan indgå flere gange, hvis de har flere rehabiliteringsforløb indenfor samme opgørelsesperiode.

### Opmærksomhedspunkter ved afrapportering 2018

På baggrund af afrapporteringen for 2018, tilbagemeldingerne fra kommunerne og drøftelserne i følgegruppen 29. marts 2019 kan der oplistes følgende opmærksomhedspunkter:

- Harmonisering af registreringspraksis som løbende fokuspunkt. Dette er et væsentligt indsatsområde ikke blot for de midtjyske kommuner, men også i den nationale DHRD. Især ses stor variation i resultaterne for diætbehandling på tværs af klyngerne. Dette kunne tilskrives registreringspraksis. For at arbejde med registreringspraksis både for diætbehandling og mere generelt er det besluttet, at der nedsættes en brugergruppe i tilknytning til HjerteKomMidt bestående af fagfolk fra klyngerne.
- Tidstro registrering. Særligt én indikator er afhængig af tidstro registrering: Indikator 1b. Vedholdende deltagere. Tidspunkt for indtastning af information er med til at afgøre, hvorvidt borgeren er vedholdende eller ej i opgørelsesperioden. Konsekvensen af ikke tidstro registrering kan være en lavere andel, der defineres som vedholdende (lavere tæller).

Af rapporteringen fra HjerteKomMidt 2018 viser, at der er potentiale i at arbejde aktivt med kvalitetsforbedring i forhold til fase 2 hjerterehabilitering. Dette skal ske på flere niveauer bl.a. i den nye brugergruppe, ude i det lokale samarbejde i klyngerne og i de enkelte kommuner.

### Kommunikation

Som ved offentliggørelsen af den første afrapportering fra HjerteKomMidt i foråret 2018 udarbejder KOSU sekretariatet én side til klyngerne, som kan anvendes i forbindelse med eventuelle henvendelser fra pressen.

### Den videre proces

Tidslinjen herunder anfører den videre proces for afrapportering fra HjerteKomMidt 2018.



## Beslutning

Indstilling godkendt med følgende bemærkninger:

- det tager tid at opøve god registreringspraksis, og der skal fortsat være fokus på dette
- der ligger et stort arbejde bag udviklingen af indikatorerne, og man skal være opmærksom på farerne ved evt. ændring heraf
- ønske om at klyngerne til brug for lokale drøftelser får tal opdelt på kommunerne i klyngen.

## Bilag

- [Afrapportering HjerteKomMidt 2018 \(110419\)](#)
- [Kommentarer afrapportering HjerteKomMidt 2018](#)

1-01-72-30-17

## 10. Eventuelt

### **Beslutning**

Sundhedskoordinationsudvalget ønsker, at der igangsættes nyt arbejde med at lave et beslutningsoplæg for en fælles aftale om IV i nærområdet. Oplægget skal indeholde både en faglig del og økonomi. Sundhedsaftalesekretariatet udarbejder et kommissorium for opgaven, og medlemmer af Sundhedsstyregruppen indgår i arbejdet. Til brug for arbejdet udarbejder regionen et overblik over, hvor langt hospitalerne er med implementering af selvadministration og tidligere overgang fra IV til tabletbehandling.