

9. marts 2020
/SUSSOR



Referat
fra
møde i Sundhedsstyregruppen
20. februar 2020 kl. 14:00
i Regionshuset i Viborg, Konference 1

Indholdsfortegnelse

Pkt. Tekst	Side
1 Mødedeltagere	1
2 Forudsætninger for effektiv spredning af initiativer i sundhedsaftalen	2
3 Scenarier for tidlig opfølgning efter udskrivning af de svageste ældre borgere	5
4 Brobyggerpsygeplejersker	9
5 Samarbejdsaftale om IV-behandling i nærområdet	11
6 Kommissorium for revision af Forløbsprogram for hjertekarsygdom	14
7 Tværsektoriel retningslinje om kommunikation om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling	16
8 Eventuelt	19

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
Lone Becker Kjaergaard, Holstebro Kommune
Mette Andreassen, Viborg Kommune
Hosea Dutscke, Aarhus Kommune
Sine Møller Sørensen, KOSU
Jonna Holm Pedersen, KKR

Henrik Idriss Kise, PLO-M
Bruno Melgaard Jensen, PLO-M

Pernille Blach Hansen, Region Midtjylland
Poul Michaelsen, HE Vest, Region Midtjylland
Hanne Sveistrup 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 Hosea Dutscke, Tina Ebler, Mette Andreassen og Bruno Melgaard Jensen. Lisbeth Trøllund Andersen deltog for Bruno Melgaard Jensen.

1-01-72-30-17

2. Forudsætninger for effektiv spredning af initiativer i sundhedsaftalen

Formandskabet indstiller,

at Sundhedsstyregruppen drøfter forudsætninger og barrierer for effektiv spredning.

at model for spredning tilpasses og forelægges for Sundhedsstyregruppen på et kommende møde.

Sagsfremstilling

Det udviklende rum

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

Videndeling og spredning er et af de bærende principper for samarbejdet i Sundhedsaftalen 2019-2023. Sundhedskoordinationsudvalget har på møde 30. oktober 2019 godkendt en fælles handleplan om bedre brug af de samlede ressourcer på akutområdet med særlig fokus på (gen)indlæggelser. En af indsætterne i handleplanen er mere effektiv spredning af viden og indsatser.

På mødet drøfter Sundhedsstyregruppen:

- Hvordan bliver vi bedre til at dele de gode erfaringer og lære af hinanden?
- Hvad er forudsætningerne for effektiv spredning? Hvad lykkes vi med, når vi lykkes – fx omlægning af hjerterehabilitering og fælles tilgang til henvisning til rygestop?
- Hvilke barrierer er der?

Søren Liner Christensen og Inge Pia Christensen indleder punktet og lægger op til debat.

Model for spredning

For at understøtte arbejdet med at udbrede og sprede virkningsfulde initiativer er der i 2016 i regi af Sundhedsstyregruppen udarbejdet en fælles model for spredning af tværsektorielle løsninger. Der kan fx være tale om et nyt initiativ, som er blevet udviklet i en klynge, og som herefter ønskes udbredt til alle klynger.

Det vurderes, at der er behov for at revitalisere modellen.

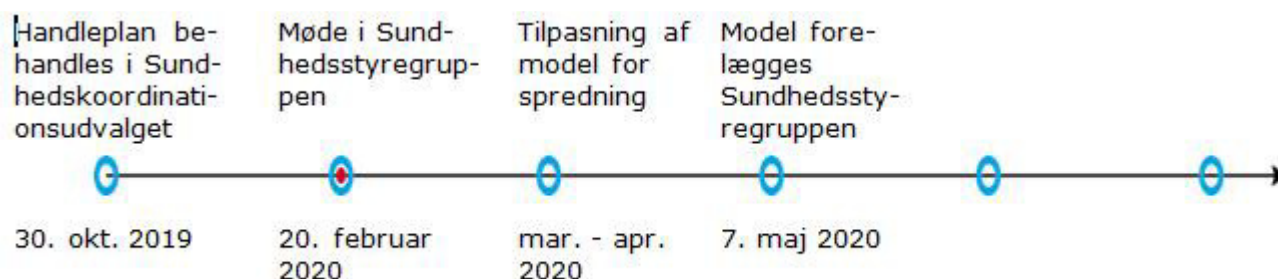
Modellen har afsæt i en bred gennemgang af litteratur og studier på området. Det centrale i spredningsmodellen er, at der skal findes ind til kernen af den løsning, der skal spredes. Herved synliggøres hvilke dele af indsatsen, der ikke skal ændres på samtidig med, at det synliggøres, hvor der er spillerum for lokal tilpasning.

For at spredning kan lykkes, er der en række præmisser, som man både som ledelse og projektledelse skal forholde sig til, fx:

- Der er aldrig ubegrænsede ressourcer, hvorfor prioritering og afsættelse af ressourcer er nødvendigt. Det ledelsesmæssige fokus skal være foreneligt med de ønskede forbedringer, ellers risikerer man, at ambitionerne spænder ben for hinanden. Vær opmærksom på vægtingen mellem et ressourcehensyn og et kvalitetshensyn.
- Hvor stor er forandringskapaciteten hos både topledelse og medarbejdere?
- Der skal udarbejdes en gennemtænkt strategi for spredning.
- Processen for spredning er dynamisk og kan ske i forskellige tempi med brug af forskellige værktøjer. Ikke én spredningsproces er ens.
- Indsatsen, der skal spredes, skal være robust og have god dataunderstøttelse.
- Forstå hvem det er, man spreder sin løsning til, og hvad de ønsker som outcome.
- Have fokus på, at de strukturelle forhold er afstemt.

Vedlagte *Model for spredning - spredning af tværsektorielle indsatser under sundhedsaftalen*, september 2016 findes også i værkstøjkassen for sundhedsaftalen <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/varktøjskasse/spredningsmodel/>

Den videre proces



Beslutning

Oplæg fra Søren Liner Christensen og Inge Pia Christensen er vedlagt.

Indstilling godkendt.

Med afsæt i drøftelse af forudsætninger og barrierer for effektiv spredning pegede Sundhedsstyregruppen på følgende råd til arbejdet med en tilpasning af model for spredning:

- overvej tværsektorielle rejsehold på områder, hvor der ønskes en fælles udvikling; der kan også være rejsehold kommunerne imellem
- data på effekt er vigtigt, men det må ikke blive langvarige forskningsprojekter hver gang, inden vi kan sprede gode idéer
- vigtigt med inddragelse af de kommuner, der ikke er repræsenteret i Sundhedsstyregruppen - det kan blandt andet ske i klyngerne
- vigtigt at almen praksis involveres tidligt - det sker bedre i regi af Sundhedsstyregruppen og centrale arbejdsgrupper end i klyngerne
- vigtigt at prioritere - og at vælge fra.

En tilpasset model for spredning forelægges Sundhedsstyregruppen på et kommende møde.

Bilag

- [spredningsmodel-version-220916](#)
- [SSG 20020 Oplæg spredning](#)

1-30-72-199-19

3. Scenarier for tidlig opfølgning efter udskrivning af de svageste ældre borgere

Formandskabet indstiller,

at Sundhedsstyregruppen tager foreløbige resultater fra satspuljeprojektet "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt" samt kortlægning af tværsektorielle indsatser i klyngerne til tidlig opfølgning til efterretning.

at Sundhedsstyregruppen beslutter hvilket af de beskrevne scenarier for tidlig opfølgning efter udskrivning i forhold til svageste ældre patienter, der skal arbejdes videre med.

Sagsfremstilling

Det afklarende rum

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

Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Sundhedsstyregruppen præsenteres i dette punkt for de foreløbige resultater fra det fælles satspuljeprojekt "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt". Lone Düring, regional medformand for styregruppen i satspuljeprojektet og Jacob Møller Jørgensen, kommunal projektleder i satspuljeprojektet deltager i punktet med henblik på at orientere om resultatet fra satspuljeprojektet.

Derudover præsenteres en kortlægning af tværsektorielle indsatser i klyngerne, der har fokus på tidlig opfølgning efter udskrivelse for de svageste ældre borgere.

Sundhedsstyregruppen skal på baggrund af ovenstående tage stilling til, om der skal arbejdes videre med ét af to scenarier. Det første scenarie indebærer fortsat lokal udvikling af tilbuddene om tidlig opfølgning i klyngerne, mens det andet scenarie indebærer, at der arbejdes frem mod en evt. mere fælles tilgang på området.

Baggrund

Som udmøntning af sundhedsaftalens indsatsområde "Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet" er der udarbejdet en handleplan om bedre brug af de sam-

lede ressourcer med særlig fokus på (gen)indlæggelser (Godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget 30. oktober 2019).

En af handlingerne i handleplanen er at udbrede resultater fra satspuljeprojektet "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt". Satspuljeprojektet gennemføres i et samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen og er en del af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (DÆMP) 2016-2019. En del af projektet handler om at afprøve modeller for tidlig opfølgning efter udskrivning for de svageste ældre.

Udover satspuljeprojekterne foregår der en række tværsektorielle indsatser i klyngerne, der ligeledes har fokus på tidlig opfølgning for de svageste ældre. Kortlægning af indsatserne er vedlagt.

Resultaterne fra satspuljeprojektet samt kortlægningen giver anledning til, at region, kommuner og almen praksis vurderer, om der fremadrettet skal arbejdes videre med en mere fælles ramme for tidlig opfølgning for de svageste ældre borgere.

Dette dels for at svage ældre borgere får den rette opfølgning efter udskrivning og dels med henblik på, at de samlede ressourcer anvendes effektivt.

Resultater fra satspuljeprojektet

Som en del af satspuljeprojektet har klyngerne Horsens, Vest og Aarhus afprøvet forskellige modeller for tidlig opfølgning efter udskrivning, der er målrettet de svageste ældre borgere. (De øvrige to klynger Randers og Midt har afprøvet modeller for visitation til rette tilbud.)

De foreløbige resultater fra satspuljeprojekterne peger på følgende

- Projektet i Aarhusklyngen viser, at tidlig opfølgning 24 timer efter udskrivelse forebygger genindlæggelser og bidrager positivt til personalets oplevelse af faglig kvalitet på tværs af sektorgrænser. Den samlede evaluering af projekterne kan dog tyde på, at det kan være relevant at pege på 48 timer frem for 24 timer som rammen for tidlig opfølgning.
- Evaluering af projekterne tyder på, at den tidlige opfølgning er afgørende, mens der ikke kan påvises signifikant forskel på, om den tidlige opfølgning sker ved kommunal sygeplejerske eller ved et geriatrisk team med deltagelse af geriater.

De foreløbige resultater fra projektet præsenteres på mødet og er uddybet i vedlagte notat.

Kortlægning i klyngerne

Sundhedsplanlægning i Region Midtjylland har gennemført en kortlægning af tværsektorielle indsatser i klyngerne, der på forskellig vis adresserer tidlig opfølgning (inden 48 timer) efter udskrivning.

Kortlægningen viser, at der aktuelt foregår en række forskellige indsatser i klyngerne målrettet de svageste ældre patienter. Generelt er der på nuværende tidspunkt kun få konkrete resultater fra indsatserne i klyngerne. De overordnede tilbagemeldinger fra klyngerne støtter dog konklusionerne fra satspuljeprojekterne.

Udover indsatserne i klyngerne skal det bemærkes, at der siden 2009 har været en aftale med almen praksis i Region Midtjylland om opfølgende hjemmebesøg. Det er et besøg, der tilbydes særligt sårbare patienter efter udskrivning fra et hospital. Besøget gennemføres af borgerens egen læge og en kommunal sygeplejerske med det formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb.

Desuden tilbyder nogle kommuner tidlig opfølgning (inden 48 timer) efter en udskrivning til udvalgte målgrupper. Det kan fx være særlige udskrivningsbesøg til borgere, som også før indlæggelsen har kontakt til den kommunale hjemme- eller sygepleje.

Scenarier for tidlig opfølgning

De følgende scenarier beskriver forslag til, hvordan der med afsæt i ovenstående resultater kan arbejdes videre med tilbud om tidlig opfølgning efter udskrivning til de svageste ældre borgere:



1. Lokale løsninger - videndeling og inspiration

- Hver klynge tilbyder fortsat varierende tilbud om tidlig opfølgning efter udskrivning til de svageste ældre borgere.
- Viden fra satspuljeprojektet og kortlægning omsættes i den enkelte klynge ud fra lokale behov og prioriteringer.
- **Vurdering:** Udvikling af modeller ud fra lokale behov og muligheder. Justeringer i indsats. Fortsat variation i tilbud til borgerne. Tager ikke højde for borgerforløb på tværs af klynger.



2. Fælles ambition om tidlig opfølgning inden for de første dage

- En fælles ambition om at tilbyde tidlig opfølgning til de svageste ældre borgere inden for de første dage efter udskrivning kan bidrage til en højere grad af ensartethed i opfølgningen, men med fortsat mulighed for variationer i form og indhold.
- **Vurdering:** Inden der træffes endelig beslutning om at gå videre med dette scenarie bør en række forhold udredes nærmere af en tværsektoriel arbejdsgruppe. Særligt yderligere viden om tidlig opfølgning, omfang af genindlæggelser de første dage efter udskrivning (potentialer for forebyggelse), afgrænsning af målgruppen svage ældre patienter samt vurdering af implementeringsopgavens omfang. Oplæg fra gruppen skal behandles i Sundhedsstyregruppen.

Den videre proces:



Beslutning

Oplæg fra Lone Düring og Jacob Møller Jørgensen om foreløbigt resultat fra satspuljeprojektet samt oplæg fra Dorthe Klith om kortlægning af klyngernes tværsektorielle indsatser ift. tidlig opfølgning er vedlagt.

Sundhedsstyregruppen er ikke på det nuværende grundlag klar til at konkludere, hvorvidt der skal være en fælles ambition på tværs af alle hospitaler og kommuner om tidlig opfølgning til de svageste ældre borgere indenfor de første dage efter udskrivning. Der er behov for:

1. At dykke mere ned i eksisterende data og afvente endelige evalueringer med henblik på at få sandsynliggjort, om opfølgning inden for 48 timer har den ønskede effekt
2. At afdække rollefordeling mellem sektorer, herunder praktiserende lægers rolle ift. tidlig opfølgning efter udskrivelse
3. At inddrage klyngerne ift. deres syn på, om der ønskes en fælles ambition
4. At bede fagpersoner på tværs af klyngerne – herunder satspuljeprojekter - (fx ved en workshop) danne fælles viden/erfaring mht. indsatser, målgrupper og effekter/ikke-effekter mv. Fagpersonerne må gerne afgive forslag til mulige nye prøvehandlinger og/eller anbefalinger til mulige fælles modeller, hvor der tages højde for geografiske forskelle/vilkår.

Bilag

- [Notat opsamling spor 2](#)
- [Indsatser tidlig opfølgning.](#)
- [SSG 20020 Rette tilbud fra første kontakt](#)
- [SSG 200220 Kortlægning tidlig opfølgning](#)
- [Eksempel. Rådgivende funktioner geriatri](#)

1-30-72-199-19

4. Brobyggersygeplejersker

Formandskabet indstiller,

at Sundhedsstyregruppen kommer med input til indhold og proces i det videre forløb.

Sagsfremstilling

Det udviklende rum

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

Danske Regioner har som en del af sine politiske udmeldinger i 2018 meldt ud, at regionerne fremover skal sikre bedre sammenhæng for borgerne, blandt andet gennem ansættelse af brobyggersygeplejersker. Danske Regioner arbejder på at konkretisere indholdet i Brobyggersygeplejerske-funktionen og vil formodentlig invitere regionerne ind i et tættere samarbejde om dette.

På den baggrund ønsker regionen at involvere vores samarbejdsparter i kommuner og almen praksis i arbejdet med at fastlægge den fælles ramme for brobygger-sygeplejersken i Region Midtjylland. Derfor lægges hermed op til dialog om indhold og videre proces i forhold til brobyggerfunktion.

En række af de funktioner, der falder ind under Danske Regioners tanker om brobyggerfunktion, har vi allerede implementeret i dag. Både i kraft af nogle af de projekter der er beskrevet i ovenstående punkt om Scenarier for tidlig opfølgning efter udskrivning af de svageste ældre borgere, og i kraft af fx. Aktiv Patientstøtte. Samtidig har mange kommuner etableret velfungerende brobyggerfunktioner. Men der kan også være opgaver og funktioner, som vi kan udfylde bedre med nye funktioner.

Sundhedsstyregruppen opfordres til at komme med input til, hvordan vi kan tænke brobyggerfunktionen ind, så den understøtter det tværsektorielle samarbejde og sikrer det gode patientforløb. Eksempler på opgaver/roller der kan tænkes ind i brobyggerfunktionen kunne fx., jævnfør punktet om tidlig indsats efter udskrivelse, være:

- telemedicinsk udskrivelsessamtale
- kontakttелефон efter hjemsendelse
- følgehjem-funktion

-
- opfølgning efter udskrivelse.

Udkast til rammepapir vedlagt som bilag.

Beslutning

PLO-Midtjylland gav udtryk for, at det er en god idé med brobyggersygeplejersker til at koordinere forløb på tværs af afdelinger på et hospital og på tværs af forskellige hospitaler.

Kommunerne drøfter input på møde med kommunernes sundheds- og ældrechefer 27. marts 2020 og giver herefter en skriftlig tilbagemelding til regionen.

Input fra kommuner og almen praksis indgår i de videre regionale drøftelse af, hvilke opgaver brobyggersygeplejersker/brobyggerfunktion skal løse/indeholde.

Bilag

- [Brobygger. Rammenotat](#)

1-30-72-222-18

5. Samarbejdsaftale om IV-behandling i nærområdet

Formandskabet indstiller,

at Sundhedsstyregruppen anbefaler Sundhedskoordinationsudvalget, at Samarbejdsaftale om IV-behandling i nærområdet godkendes.

Sagsfremstilling

Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Sundhedsstyregruppen behandler under dette punkt udkast til en samarbejdsaftale om IV-behandling i nærområdet med henblik på at anbefale Sundhedskoordinationsudvalget at godkende aftalen. Samarbejdsaftalen skal sikre mulighed for, at IV-behandling kan foregå tæt på borgerens hverdag, når der ikke længere er behov for behandling i hospitalsregi udover IV. Aftalen bygger på sundhedsaftalens vision om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen på borgerens præmisser og med sundhedsløsninger tæt på borgeren. IV-behandling i nærområdet understøtter borgernes mulighed for at fastholde skolegang og arbejde, opretholde hverdag med familien, fastholde funktionsniveau og undgå isolation, sekundære infektioner og evt. delir ved indlæggelse. Samarbejdsaftalen skal endvidere sikre ensartet praksis på tværs af alle hospitaler og kommuner til gavn for borgerne.

Punktet indledes med en præsentation af elementerne i aftalen ved Kate Bøgh og Poul Michaelsen, der har udgjort formandskabet i IV-gruppen.

Baggrund

IV-behandling i de midtjyske kommuner har hidtil været baseret på bilaterale aftaler mellem den enkelte kommune og hospitalet. Den deraf følgende forskellighed i målgrupper, typer af IV-medicin og adgange til IV, der anvendes, matcher ikke den virkelighed, at mange borgere udskrives fra andre hospitaler end deres lokale hospital i klyngen. I 2017 blev der gjort forsøg på at udarbejde en fælles IV-aftale gældende for alle kommuner og hospitaler i Region Midtjylland. Det var på daværende tidspunkt ikke muligt at nå til enighed omkring konditionerne for økonomien i en aftale. I forlængelse af dette har Aarhus, Randers og Favrskov Kommuner i sommeren 2017, Norddjurs Kommune i de-

cember 2018 og Skive Kommune i december 2019 opsagt deres bilaterale aftaler med henvisning til økonomi.

IV-behandling er et særligt område, hvor opgaven vil være dyrere at udføre i kommunalt regi end på hospital. Men nogle patienter profiterer meget positivt af behandling i eget hjem/nærområdet, hvorfor hensynet til borgeren gør, at Sundhedskoordinationsudvalget 30. april 2019 igangsatte arbejdet med en samarbejdsaftale om IV-behandling med væske og antibiotika.

Aftalen

Der er udarbejdet vedlagte udkast til en samarbejdsaftale, som omfatter:

- kommunale sygeplejerskers varetagelse af IV-behandling med væske (isotone væsker, fx saltvand) og antibiotika
- estimeret på 4000 årlige forløb i kommunalt regi
- max 3 daglige doseringer i kommunalt regi
- estimeret udgift på 16,2 mio. kr. årligt med en 70/30-finansiering mellem region/kommune.

Målgruppen er borgere over 3 år, som:

- er opstartet i IV-behandling i hospitalsregi. IV-behandling kan være givet under indlæggelse, ambulante eller af et udgående team.
- lægefagligt vurderes forsvarligt og hensigtsmæssigt at kunne fortsætte behandlingen i kommunalt regi. Behandlingen i kommunalt regi kan foregå på sundhedsklinik/akutplads/midlertidig plads i kommunen, plejebolig, ældrebolig eller eget hjem.

For at kunne sikre en god og effektiv IV-behandling i nærområdet, er det nødvendigt at skærpe opmærksomheden på til hvilke borgere og på hvilke steder, der tilbydes IV-behandling. Muligheder for tabletbehandling og selvadministration af IV-antibiotika giver borgerne en større uafhængighed af systemet, og frigiver ressourcer til at kunne hjælpe de borgere, der ikke kan gøre brug af disse to muligheder.

For de borgere, der ikke kan tilbydes tabletbehandling eller varetage selvadministration, men som har brug for IV-behandling i nærområdet, skal der være fokus på, hvor IV-behandling tilbydes. De borgere, der har mulighed for indenfor en rimelig afstand at transportere sig til fx en kommunal sygeplejeklinik, sundhedshus eller lignende, skal gøre det. Kun de borgere, som af helbredsmæssige eller sociale grunde ikke skønnes at kunne befordre sig til et kommunalt tilbud i nærområdet, skal tilbydes IV-behandling i eget hjem. IV-behandling kan også gives på pladser til midlertidigt ophold i kommunalt regi, såfremt den pågældende kommune vurderer det relevant.

Det vurderes, at halvdelen er mobile og kan møde op til IV-behandling i nærområdet, og halvdelen har behov for IV-behandling i eget hjem. Såfremt de mobile patienter har behov for IV-behandling om aftenen, vurderer kommunen behovet for, at dette sker i eget hjem og kører ud til borgeren, hvis situationen kræver det.

En præmis i aftalen er, at hospitalerne har fokus på implementering af selvadministration af IV, tabletbehandling, anvendelse af elastomerisk pumpe og antal doseringer pr. dag i kommunalt regi.

Den videre proces

Samarbejdsaftalen sendes til politisk godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget 12. marts og efterfølgende i regionsrådet og byrådene. Det er et fælles ønske for kommunerne og regionen, at en samarbejdsaftale kan implementeres hurtigst muligt efter den politiske godkendelse. Der arbejdes mod en implementeringsstart 1. maj med forventning om fuld implementering senest 1. september.

Sideløbende med politisk godkendelse af aftalen, arbejdes der med modeller for afregning og monitorering/evaluering.



Beslutning

Indstilling godkendt med bemærkning om:

- at de to sidste linjer under punkt 7 slettes (Ved øvrig og nyopstået anden sygdom under IV-behandlingsperioden har patientens praktiserende læge/vagtlæge behandlingsansvaret medmindre andet er aftalt)
- at IV-behandling i kommunalt regi kan ske både i forlængelse af en indlæggelse og for at forebygge en indlæggelse. I samarbejde med Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune afklares, hvordan Aarhusklyngens bilaterale aftale om IV-behandling i kommunalt regi som forebyggelse af indlæggelse (og lignende efterfølgende modeller) kan rummes indenfor aftalen. Afklaring skal foreligge inden behandling i Sundhedskoordinationsudvalget 12. marts 2020.

Bilag

- [Udkast til samarbejdsaftale IV 070220](#)
- [SSG 200220 IV-aftale](#)

1-30-72-212-14

6. Kommissorium for revision af Forløbsprogram for hjertekarsygdom

Formandskabet indstiller,

at kommissorium for revision af Forløbsprogram for hjertekarsygdom godkendes.

Sagsfremstilling

Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Der er siden godkendelsen af det eksisterende forløbsprogram kommet nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og andet materiale, der medfører, at Sundhedsaftalesekretariatet ønsker at nedsætte en kortvarende arbejdsgruppe til at foretage en revision af forløbsprogrammet. Under dette punkt giver Sundhedsstyregruppen eventuelle bemærkninger til vedlagte kommissorium med henblik på, at det godkendes og arbejdet igangsættes.

Det eksisterende Forløbsprogram for hjertesygdom

Det eksisterende forløbsprogram er godkendt i regionsråd og kommuner i foråret 2016 og fuldt implementeret fra 1. januar 2017. Implementeringen inkluderede en flytning af den ikke-medicinske del af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitaler til kommuner for størstedelen af målgruppen. Forløbsprogrammet angiver en risikogruppe, der fortsat tilbydes fase 2 træning i hospitalsregi. Derudover er der defineret en gruppe, som kan være i særlig risiko og derfor testes i hospitalsregi inden det lægefagligt vurderes, om borgeren skal tilbydes fase 2 træning i hospitals- eller kommunalt regi.

Elementer i en revision

Sundhedsstyrelsen udgav februar 2018 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom'. Disse lægger sig i væsentligt omfang op ad den midtjyske model for hjerterehabilitering beskrevet i det eksisterende forløbsprogram. Sundhedsstyrelsens anbefalinger inkluderer dog patienter med atrieflimren/flagren, som ikke er inkluderet i det midtjyske forløbsprogram for hjerterehabilitering. I 2019 er der fra Rigshospitalet udarbejdet en national klinisk retningslinje for rehabilitering af blandt andre patienter med atrieflimren/flagren. Et element i en revision er derfor at inkludere patienter med atrieflimren/flagren i forløbsprogrammet.

Tilbagemeldinger fra klynger, hospitaler og kommuner peger endvidere på følgende mulige elementer, der kan vurderes i forbindelse med en revision af forløbsprogrammet:

- justering af kriterierne for arbejdstest i hospitalsregi
- placering af opgaven om screening for angst og depression
- varetagelse af opgaven med diætbehandling
- stratificering af tilbud til mere sårbare borgere
- præcisering af arbejdsgange ifm. GOP/henvisninger.



Beslutning

Indstilling godkendt med bemærkning om, at det er en del af opgaven, at arbejdsgruppen skal afdække:

- hvor stor en udvidelse af målgruppen, der vil ske ved inklusion af patienter med atrieflimren/flagren
- økonomien til denne udvidelse
- hvilke (nye) kompetencer, der er behov for i kommunerne til at varetage rehabilitering af denne målgruppe.

Bilag

- [Kommissorium FPG hjerte 220120](#)

1-49-72-9-19

7. Tværsektoriel retningslinje om kommunikation om fravalg af genoplivning og livsforlængende behandling

Formandskabet indstiller,

- at Sundhedsstyregruppen godkender retningslinjen vedr. kommunikation om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg.
- at Sundhedsstyregruppen drøfter, om der er særlige opmærksomhedspunkter vedrørende implementering af retningslinjen i alle sektorer.

Sagsfremstilling

Det produktive/ handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

En tværsektoriel arbejdsgruppe nedsat under *Det Tværsektorielle Netværk for utilsigtede hændelser i sektorovergange (TSN)* har på anmodning fra Region Midtjyllands Klinikforum udarbejdet en tværsektoriel retningslinje med titlen: "*Kommunikation om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg ved indlæggelse, udskrivelse, ambulante forløb og transport*". Arbejdsgruppen har bestået af fire risikomanagers - én fra hver af de relevante sektorer samt en medarbejder fra Koncern Kvalitet i Region Midtjylland. Risikomanagerne var fra Præhospitalet, Hospitalsenhed Vest, Struer Kommune og almen praksis.

Baggrunden for arbejdet er, at der blev rapporteret mange utilsigtede hændelser i kølvandet på den første udgave af Sundhedsstyrelsens vejledning om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning fra januar 2014. Der var flere tilfælde, hvor patienten fik et uheldsmæssigt forløb, fx fordi der ikke var givet besked til kommunen fra almen praksis eller hospitalet om, at der var truffet en beslutning om, at patienten ikke skulle genoplives ved hjertestop.

Den tværsektorielle retningslinje bygger på de krav, der stilles til overlevering af beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg i den seneste udgave af Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger af 29. oktober 2019. Der stilles bl.a. krav om, at beslutninger vedrørende fravalg af livsforlængende behandling og gen-

oplivningsforsøg skal overleveres mellem sektorerne, uanset om beslutningen er truffet af en læge eller patienten selv. Der er tilsvarende krav om, at plejepersonale tager kontakt til den behandlingsansvarlige læge, når det er relevant at genoverveje disse beslutninger. Formålet med den tværsektorielle retningslinje er derfor at fastlægge, hvordan informationen overleveres sikkert mellem sektorerne i alle situationer og i overensstemmelse med de krav, som vejledningerne stiller.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at retningslinjen alene forholder sig til selve overleveringssituationerne. Den forholder sig ikke til den del af vejledningerne, hvor en læge eller en patient træffer en beslutning om fravalg af livsforlængende behandling og genoplivningsforsøg efter gældende regler. Det kan oplyses, at der for hospitalernes vedkommende i februar 2020 også er sendt en retningslinje i faglig høring, der skal sikre, at en beslutning på hospitalerne træffes i tide under inddragelse af patientens ønsker mv, så det undgås, at beslutninger i stedet bliver truffet akut i terminale forløb. Dermed er alle dele af vejledningerne adresseret for hospitalernes vedkommende.

De to vejledninger kan findes her:

- Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling - <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210677>
- Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg - <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210674>

Den tværsektorielle retningslinje er vedlagt som bilag. Retningslinjen bliver udgivet tre forskellige steder:

1. E-dok indeholder retningslinjer for Præhospitalet, somatiske hospitaler samt Psykiatri- og Socialområdet.
2. Hjemmesiden for sundhedsaftalen www.sundhedsaftalen.rm.dk indeholder retningslinjer for kommunerne.
3. Praksis.dk indeholder retningslinjer for almen praksis.

Det er kun den del af retningslinjen, der beskriver den enkelte sektors pligter og roller, som lægges ud på de forskellige fora.

Proces med inddragelse af relevante parter

Udkastet til retningslinjen blev sendt i faglig høring henover sommeren 2018 hos alle relevante parter, dvs. hos Præhospitalet, de fem somatiske hospitaler, psykiatri- og socialområdet, alle 19 kommuner i Region Midtjylland og hos PLO-M. I høringsrunden modtog arbejdsgruppen flere positive tilkendegivelser fra kommuner og hospitaler i forhold til ønsket om at sætte fælles og ensartede rammer for overlevering af beslutninger om livsforlængende behandling og fravalg af genoplivningsforsøg. I tillæg blev der givet mange grundige kommentarer, som arbejdsgruppen efterfølgende bearbejdede.

Arbejdet med retningslinjen er blevet forsinket, da Styrelsen for Patientsikkerhed i slutningen af 2018 sendte nye udgaver af de daværende vejledninger i høring. De endelige udgaver af de nye vejledninger blev først udgivet 29. oktober 2019. Herefter har arbejdsgruppen tilpasset udkastet til retningslinjen og kommentarerne til høringssvarene fra sommeren 2018.

Udgivelse og implementering af den tværsektorielle retningslinje

Arbejdsgruppen tilstræber at få retningslinjen udgivet i e-dok, på hjemmesiden for sundhedsaftalen og praksis.dk senest 1. marts 2020, såfremt Sundhedsstyregruppen kan godkende udkastet.

Det er den enkelte sektor, som har ansvaret for at få implementeret vejledningerne og retningslinjen.

Beslutning

Retningslinjen er godkendt med bemærkning om:

- at der skal ske en præcisering af, hvad der menes med, at 'tidspunkt for revurdering i primærsektor er forskellig' i følgende afsnit på side 6 i retningslinjen: 'Når *indlagte* patienter udskrives fra hospitalet, skal en beslutning om fravalg af livsforlængende behandling eller genoplivningsforsøg fremgå tydeligt af *udskrivningsrapporten*, ligesom det skal fremgå om beslutningen er truffet af lægen eller patienten, fordi tidspunktet for revurdering i primærsektor er forskelligt i de 2 situationer.'
- at det skal være tydeligt, hvor information om valg findes, og at alle sektorer har adgang til det.

Bilag

- [Udgave - regionale område](#)
- [Udgave til Kommune](#)
- [Udgave til Almen praksis](#)
- [Skema - Fravalg af genoplivningsforsøg i sektorovergange](#)
- [Fravalg af genoplivningsforsøg i sektorovergang](#)

1-01-72-30-17

8. Eventuelt