

18. februar 2019
/SUSSOR



Referat
til
møde i Sundhedsstyregruppen
31. januar 2019 kl. 14:00
i Konference 1, Regionshuset Viborg

Indholdsfortegnelse

Pkt.	Tekst	Side
1	Mødedeltagere	1
2	Regeringsudspil til sundhedsreform	2
3	Kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde: Fælles rammer og metoder	5
4	Kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde: Fælles muligheder for at løfte kvalitetsudviklingen	10
5	Kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde: Etablering af fælles tværsektorielle databaser på diabetes og KOL	14
6	Forebyggelige indlæggelser - inspiration fra Randersklyngen	16
7	Regionens kommende sundheds- og hospitalsplan	18
8	Alliancen om den nære psykiatri – styregruppens forslag til forankring af initiativer vedr. voksne borgere med svær psykisk sygdom og mental sundhed hos børn og unge	21
9	Skriftlig orientering	23
10	Eventuelt	26

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
Mads Venø Jessen, KOSU
Jonna Holm Pedersen, KKR

Lise Høyer, PLO-M
Henrik Kise, PLO-M

Christian Boel, 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, Psykiatri og Social, Region Midtjylland
Mette Kjølby, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland
Dorthe Klith, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
Helene Bech Rosenbrandt, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Beslutning

Der var afbud fra Kate Bøgh, Mette Andreassen, Hosea Dutscke og Tina Ebler. Ida Götke deltog for Poul Michaelsen.

1-01-72-30-17

2. Regeringsudspil til sundhedsreform

Administrationen indstiller,

- at** Sundhedsstyregruppen drøfter regeringens udspil til sundhedsreform
- at** processen vedrørende høring og godkendelse af Sundhedsaftalen 2019-2023 kører uændret videre

Sagsfremstilling

Det afklarende rum

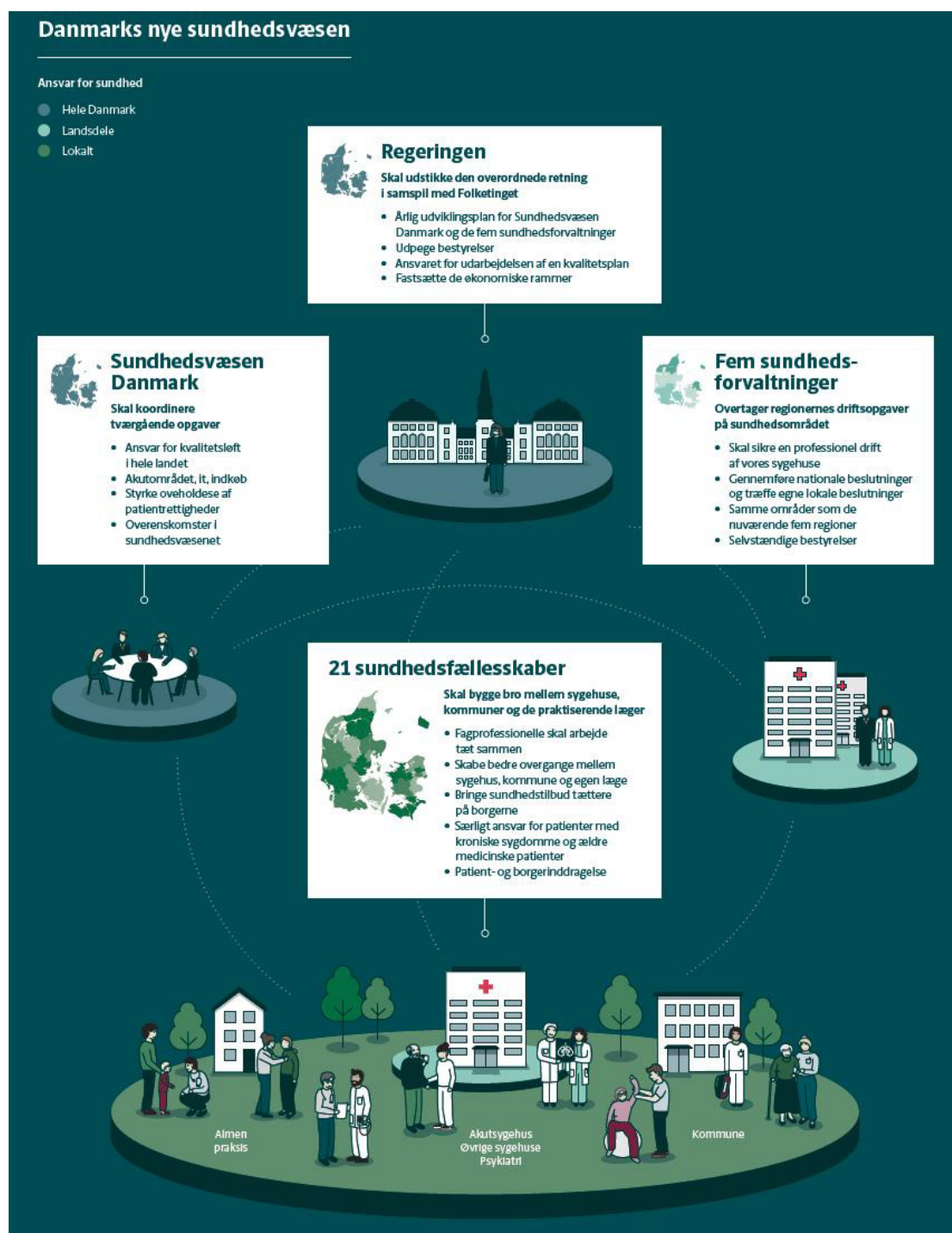
- Hvad og hvorfor?
- Hvad er det, vi gerne vil løse for borgeren – og hvorfor?

Regeringsudspil til ny sundhedsreform

Regeringen fremlagde den 16. januar 2019 udspil til en sundhedsreform. Der er vedlagt en kort version, og den fulde version findes her:

<https://www.regeringen.dk/media/6167/udspil-patienten-foerst-naerhed-sammenhaeng-kvalitet-og-patientrettigheder.pdf>

Udspillet indeholder blandt andet en ny organisering, opgaveflytning og bortfald af opgaver. Opgaver på fx socialområdet og den kollektive trafik flyttes fra regioner til kommuner, mens andre opgaver under Regional udvikling overgår til staten eller bortfalder. Udspillet forslår til ny organisering inkluderer, at regionsrådene nedlægges, og der i stedet oprettes bestyrelser og sundhedsfællesskaber som skitseret i følgende oversigt fra side 26 i vedlagte bilag:



På mødet ønskes en deling af sektorernes bemærkninger til og refleksioner over indhold i udspillet. Hvilken betydning får en eventuel udmøntning for de enkelte sektorer?

Sundhedsaftalen

Udspillet beskriver på side 60 konkret om sundhedsaftalerne, at:

Sundhedsfællesskaberne vil desuden overtage opgaverne fra de nuværende sundhedskoordinationsudvalg. Sundhedsfællesskaberne vil også fremover stå for den lokale implementering af praksisplanen, som i dag udarbejdes af praksisplanudvalgene. Praksisplanen vil fremover blive udarbejdet af sundhedsforvaltningerne i samarbejde med de lokale aktører. Dermed afskaffes praksisplanudvalget og sundhedskoordinationsudvalget samt de tilhørende sundhedsaftaler, som indgås mellem regionen og kommunerne i den pågældende region, da sundhedsaftalerne omhandler samme målgruppe. Sundhedsfællesskabet vil herudover overtage dialogen med Patientinddragelsesudvalget.

Sundhedskoordinationsudvalgene indgår senest den 1. juni 2019 nye fireårige sundhedsaftaler. Dermed vil sundhedsaftalerne være gældende i en periode efter oprettelsen af sundhedsfællesskaber og sundhedsforvaltninger. Der lægges op til, at sundhedsaftalerne som udgangspunkt skal forpligte sundhedsforvaltningerne, men at kommunalbestyrelser og sundhedsforvaltninger skal have mulighed for at opsiges sundhedsaftalerne. Sundhedsfællesskaberne vil ikke have driftsansvar for konkrete indsatser, som vil være placeret hos enten sundhedsforvaltningen eller kommunerne. Sundhedsfællesskaberne har som hovedregel ikke en selvstændig beslutningskompetence med hensyn til tilrettelæggelsen af opgaveudførelsen i sundhedsforvaltningen og kommunerne. Hvis sundhedsfællesskabet finder frem til løsninger, som kræver stillingtagen i sundhedsforvaltninger og kommuner (fx hvis en opgave skal flyttes ud af sygehuset), har sundhedsfællesskabet indstillingsret. Det betyder, at den endelige beslutning træffes af sundhedsforvaltningernes bestyrelse og kommunalbestyrelser.

Eventuel implementering af udspillet afhænger af valget og vil i givet fald først træde i kraft ved udgangen af 2020. Der lægges op til, at processen vedrørende høring og godkendelse af Sundhedsaftalen 2019-2023 kører uændret videre.

Beslutning

Sundhedsstyregruppen drøftede udspil til sundhedsreform.

Processen vedrørende høring og godkendelse af Sundhedsaftalen 2019-2023 kører uændret videre.

Bilag

- [Regeringsudspil sundhedsreform 160119 \(kort\)](#)

1-01-72-30-17

3. Kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde: Fælles rammer og metoder

Administrationen indstiller,

- at** Sundhedsstyregruppen tager det kommunale debatoplæg –*Kvalitet i det nære sundhedsvæsen – i et kommunalt perspektiv* til efterretning
- at** Sundhedsstyregruppen drøfter, hvordan man bør iagttage kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Skal man iagttage det som:
1. Et snævert perspektiv, hvor den tværsektorielle kvalitetsudvikling er et spørgsmål om konkrete metoder?
 2. En bredere drøftelse af kvalitetsudvikling, hvor der er tale om et fælles paradigme for kvalitet i det tværsektorielle sundhedssamarbejde?
- at** Sundhedsstyregruppen godkender notatet, der beskriver risikotrekanten
- at** Sundhedsstyregruppen drøfter, hvorvidt der er opbakning til fælles brug af risikotrekanten som ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde
- at** Sundhedsstyregruppen drøfter, hvordan erfaringerne med forbedringsmodellen kan finde anvendelse i det tværsektorielle samarbejde. Herunder drøftes hvorvidt, der er opbakning til brugen af forbedringsmodellen som fælles ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde

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

Baggrund

På Sundhedsstyregruppens møde den 16. august 2018 var kvalitet i det tværsektorielle sundhedssamarbejde på dagordenen. På baggrund af indlæg fra alle tre sektorer drøftede man perspektiverne ved en fælles kvalitetsdagsorden for det tværsektorielle sund-

hedsvæsen. Drøftelserne blotlagde, at der på tværs af sektorerne er forskellige perspektiver og input til kvalitet i det nære og tværsektorielle sundhedsvæsen.

Siden Sundhedsstyregruppens møde den 16. august har en kommunal arbejdsgruppe nedsat i regi af Chefforum for sundheds- og ældrechefer konkretiseret de kommunale overvejelser i vedlagte debatoplæg – *Kvalitet i det nære sundhedsvæsen – i et kommunalt perspektiv*. Oplægget indeholder fem anbefalinger. Anbefalingerne angiver, hvilken retning kommunerne mener, at kvalitetsarbejdet skal bevæge sig.

Formålet med temadrøftelsen i Sundhedsstyregruppen er at få en nærmere drøftelse af perspektiver for kvalitetsudviklingen af det tværsektorielle sundhedssamarbejde, herunder om der kan nås til enighed om fælles rammer ift. metoder og tilgang til kvalitetsudvikling. I forlængelse heraf er formålet, at Sundhedsstyregruppen drøfter fælles muligheder for at styrke kvalitetsudviklingen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde blandt andet i form af fælles kompetenceudvikling. Mulighederne for at styrke kvalitetsudviklingen drøftes særskilt under punkt 4. Endelig er sigtet med temadrøftelsen af kvalitetsudvikling at udpege konkrete forslag til nye kvalitetsudviklingsindsatser. Dette på baggrund af kommunernes debatoplæg – *Kvalitet i det nære sundhedsvæsen – i et kommunalt perspektiv* der rummer et konkret forslag om at se på mulighederne for etablering af fælles tværsektorielle databaser for KOL og diabetes – med udgangspunkt i de gode erfaringer fra HjerteKomMidt. Forslaget, samt en nærmere beskrivelse af hvad forslaget vil kræve, beskrives nærmere under punkt 5 på dagsordenen.

Drøftelsen af fælles rammer ift. metoder og tilgang til kvalitetsudvikling tager afsæt i følgende spørgsmål:

- Hvad er vores ambitionsniveau ift. at etablere nogle fælles rammer og metoder i arbejdet med kvalitetsudvikling? Er der behov for:
 - Et snævert perspektiv, hvor den tværsektorielle kvalitetsudvikling er et spørgsmål om konkrete metoder?
 - En bredere drøftelse af kvalitetsudvikling, hvor der er tale om et fælles paradigme for kvalitet i det tværsektorielle sundhedssamarbejde?

- Er der opbakning til brugen af risikotrekanten som fælles ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde?
- Hvordan kan erfaringerne med forbedringsmodellen finde anvendelse i det tværsektorielle samarbejde?
- Er der opbakning til brugen af forbedringsmodellen som fælles ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde?

Temadrøftelsen indledes med oplæg fra Elin Kallestrup, Kvalitetschef i Aarhus Kommune, der vil fortælle om kvalitetsudviklingsarbejdet i Aarhus Kommune samt fra Mette Kjølby, Vicedirektør i Koncern Kvalitet, der vil fortælle om, hvordan man arbejder med kvalitetsudvikling regionalt.

Som afsæt for drøftelsen beskrives nedenunder relevante rammer samt metoder og tilgange til kvalitetsudvikling.

Det nationale kvalitetsprogram som overordnet ramme for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet

Det nationale kvalitetsprogram sætter rammen for den overordnede kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet. Foruden de otte nationale mål og tilhørende indikatorer, som kommer til at indgå i den nye sundhedsaftale, indeholder programmet også etableringen af tværsektorielle lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder og et nationalt ledelsesprogram. Lærings- og kvalitetsteams består af klinikere, ledere og en ekspertgruppe, som skal understøtte kvalitetsforbedringer på områder med utilfredsstillende kvalitet eller uønsket variation. Lærings- og kvalitetsteams giver mulighed for at udveksle erfaringer på tværs af sektorerne og giver et kompetenceløft blandt de involverede i kvalitetsforbedringsarbejdet. Det nationale kvalitetsprogram indeholder derudover et nationalt ledelsesprogram, som fokuserer på ledelse af kvalitetsforbedringer i egen organisation og på tværs. Programmet er målrettet ledere af ledere i sundhedsvæsenet. Deltagerne er både regionale og kommunale ledere.

Metoder og tilgange til kvalitetsudvikling

Overordnet set skal kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet have fokus på at forbedre kvaliteten for patienten i et sammenhængende patientforløb. Det betyder bl.a., at de involverede aktører i højere grad skal leve op til fastsatte retningslinjer og målsætninger for, hvad der er god kvalitet i behandling og pleje og derved højne den kliniske kvalitet. Foruden den kliniske kvalitet skal der arbejdes med kvalitet i forhold til den borger- og patientoplevede kvalitet eksempelvis ved hjælp af PRO data (patientrapporterede oplysninger). Endelig bør der være fokus på den organisatoriske kvalitet forstået som procesmål for sammenhængen mellem kommune, hospital og almen praksis. Nedenunder beskrives forskellige tilgange og metoder til kvalitetsudvikling samt beskrivelser af, hvordan de forskellige tilgange og metoder forventes/foreslås at indgå i kvalitetsudviklingsarbejdet i det tværsektorielle sundhedssamarbejde.

Triple aim

I den nuværende sundhedsaftale har IHIs Triple Aim (TA) været den metodiske ramme for det tværsektorielle kvalitetsarbejde. Triple Aim-tilgangen er fokuseret kvalitetsarbejde for en population. Tilgangen har til formål at forbedre effekten af sundhedsvæsenets ydelser med afsæt i tre måleparametre: 1. Sundhedstilstanden for en population, 2. Klinisk og brugeroplevet kvalitet og 3. Omkostninger per capita. Der er gjort en række erfaringer med TA. TA blev brugt med succes i forbindelse med opgaveoverdragelsen af fase 2 hjerterehabilitering fra hospitalerne til kommunerne. Erfaringen fra denne case viste dog også, at det er et omfattende arbejde at gennemføre en grundig TA-analyse. Det lægges derfor ikke op til, at TA skal være en del af en fælles tilgang til kvalitetsudvikling. Det skal dog bemærkes, at flere af elementerne fra TA (brug af driverdiagrammer og PDSA (Plan-Do-Study-Act)) går igen i forbedringsmodellen og derfor på den måde stadig vil være en del af vores tilgang til kvalitetsudvikling.

Populationstilgang – 'risikotrekanten'

I høringsversionen til den nye sundhedsaftale lægges der blandt andet op til, at vi skal arbejde populationsbaseret. En måde hvorpå man kan arbejde populationsbaseret er ved at tage afsæt i risikotrekanten, som Sundhedsstyregruppen blev præsenteret for på et temaarrangement den 25. oktober 2018. Risikotrekanten er et konkret redskab til at stratificere en population i low risk, rising-risk og high-risk. High-risk patienterne er de 5

% af populationen, som har mere end én kompleks lidelse, multiple komorbiditeter og psykosociale barrierer. Denne gruppe kræver en stor proaktiv indsats. Rising-risk patienterne udgør 15-35 % af populationen og vil på grund af multiple risikofaktorer med tiden overgå til high-risk patientgruppen, hvis der ikke tages hånd om dem. Low-risk kategorien udgør 60-80 % af populationen og er raske borgere. Fokus er på forebyggelse og at raske borgere skal forblive raske.

I det tværsektorielle samarbejde har der ofte været en tendens til at fokusere på high-risk, og det skal vi ikke holde op med. Men det er værd at bemærke, at 18-20 % af gruppen fra rising-risk kategorien bliver en del af high-risk gruppen hvert år, hvis ikke der gøres noget. Der er derfor interessante potentialer i sammen at adressere og få fat om rising-risk populationen, så den ikke udvikler sig til high-risk.

Sundhedsstyregruppen besluttede på mødet den 23. november 2018, at det videre arbejde omkring populationstilgang i et tværsektorielt perspektiv i første omgang baseres på risikotrekanten, og hvordan den kan anvendes som fælles forståelsesramme for stratificering af konkrete populationer, som nye indsatser rettes mod. Det blev derudover aftalt, at Sundhedsaftalesekretariatet skulle udarbejde et kort notat om risikotrekanten som fælles forståelsesramme. Dette notat er vedlagt som bilag.

På mødet drøftes, hvorvidt notatet vedr. risikotrekanten kan godkendes, samt hvorvidt der er opbakning til fælles brug af risikotrekanten som ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde.

Forbedringsmodellen

Nationalt og regionalt er der i de seneste år sket et paradigmeskifte i arbejdet med kvalitet, hvor Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er blevet afløst af det nationale kvalitetsprogram, hvor der arbejdes med afsæt i forbedringsmodellen. Afviklingen af DDKM indebærer et skifte væk fra kvalitetskontrol med afsæt i standarder og retningslinjer til en ny måde at arbejde med kvalitet på, hvor fokus er at skabe løbende og vedvarende forbedringer. Forbedringsmodellen er bygget op om tre centrale spørgsmål som baggrunden for forbedringsprojekter:

1. Hvad ønsker vi at opnå?
2. Hvordan ved vi, om en forandring er en forbedring?
3. Hvilke forandringer kan vi iværksætte for at skabe forbedringer?

Forbedringsmodellen indeholder desuden en læringscirkel, hvis formål er at opbygge viden igennem test af forandringer, den såkaldte PDSA-cirkel. Hvor spørgsmålene i forbedringsmodellen hjælper til at planlægge og følge et relevant forbedringsprojekt, fungerer PDSA-cirklen som den motor, der kan være med til at omsætte idéer og tiltag til handling. Det er gennem konkrete PDSA-afprøvninger, at der skabes reelle ændringer i praksis. En essentiel del af forbedringsarbejdet er "trial and learning" tilgangen, hvor forandringstiltag først afprøves i praksis i lille skala, og herefter langsomt tilpasses og skaleres op, hvis de viser forbedringer.

Kommunalt har man også dannet sig erfaringer med at arbejde med kvalitetsforbedringer med afsæt i forbedringsmodellen. Således har en række kommuner siden 2013 været involveret i det nationale projekt *I sikre hænder*. Her arbejdes der med kvaliteten af indsatsen på seks konkrete indsatsområder f.eks. tryksår. Den grundlæggende metode i arbejdet er forbedringsmodellen. Tilbagemeldingerne fra *I sikre hænder* (<http://www.xn->

[-isikrehnder-g9a.dk/](#)) er, at forbedringsmodellen giver mening for de fagprofessionelle og skaber god effekt hos borgerne.

Der er således både kommunalt og regionalt erfaringer med at arbejde med forbedringsmodellen. Dertil kommer, at der allerede nu er en række rammer og strukturer, der understøtter, at man på tværs af sektorer får en fælles tilgang til kvalitetsudvikling i form af forbedringsmodellen. Disse rammer og strukturer er nærmere beskrevet under punkt 4, hvor fælles muligheder for at løfte kvalitetsudviklingen er beskrevet.

På baggrund af ovenstående bedes Sundhedsstyregruppen drøfte, hvordan erfaringerne med forbedringsmodellen kan finde anvendelse i det tværsektorielle samarbejde. Herunder drøftes hvorvidt der er opbakning til brugen af forbedringsmodellen som fælles ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde.

Beslutning

Oplæg fra Mette Kjølbjerg og Elin Kallestrup er vedlagt.

Der er bred enighed om behovet for fælles rammer og metoder i arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde. I forhold til muligheden for at etablere det, er der enighed om, at vi er godt på vej, og at vi med tiden kommer endnu længere. Der er behov for forståelse for, at der er variation i kommunernes muligheder for implementering af fælles rammer og metoder - særligt ift. implementeringshastighed. Det er positivt med arbejdet i de nye kvalitetsklynger i almen praksis. Det er vigtigt, at forbedringsarbejde er praksisnært, meningsfuldt og synligt for frontpersonalet.

Det kommunale debatoplæg tages til efterretning.

Notat om risikotrekanten godkendes.

Der er opbakning til fælles brug af risikotrekanten og forbedringsmodellen som ramme for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde.

Bilag

- [oplæg kvalitet 02112018](#)
- [Mind the Gap. Managing the Rising-Risk Patient Population.](#)
- [Risikotrekanten som fælles forståelsesramme Januar 2019.](#)
- [SSG 310119 MK kvalitet](#)
- [SSG 310119 Kvalitetsforbedringsarbejde i AAK](#)

1-01-72-30-17

4. Kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde: Fælles muligheder for at løfte kvalitetsudviklingen

Administrationen indstiller,

At Sundhedsstyregruppen drøfter gruppens ambitionsniveau ift. at løfte kvalitetsudviklingen af det tværsektorielle sundhedssamarbejde, herunder om der er behov for en fælles strategi herfor

At Sundhedsstyregruppen drøfter, om der kan træffes en overordnet beslutning om, at der ved udarbejdelsen af alle samarbejdsaftaler skal tages stilling til behovet for fælles kompetenceudvikling

At Sundhedsstyregruppen drøfter, om der skal arbejdes hen imod, at der etableres et fælles hold på forbedringsvejlederveduddannelsen, der går på tværs af region, kommuner og evt. almen praksis

At Sundhedsstyregruppen drøfter, om der kan træffes en overordnet beslutning om, at der ved udarbejdelsen af samarbejdsaftaler skal være en forpligtelse til altid at vurdere behovet for fælles monitorering, herunder om der kan og skal skabes datagrundlag herfor, hvis det ikke eksisterer

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

Som led i en samlet drøftelse af kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde er det væsentligt også at drøfte de fælles muligheder for at styrke kvalitetsudviklingen. Nedenfor er beskrevet forskellige mulige håndtag for at løfte kvalitetsudviklingen. Sundhedsstyregruppen bedes drøfte dels gruppens ambitionsniveau ift. at løfte kvalitetsudviklingen, herunder om der skal udarbejdes en samlet strategi for, hvordan vi løfter kvalitetsudviklingen. Derudover bedes Sundhedsstyregruppen drøfte de konkrete muligheder for at løfte kvalitetsudviklingen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde. Drøftelsen tager afsæt i nedenstående spørgsmål.

- Hvad er vores ambitionsniveau ift. at gøre brug af fælles muligheder for at løfte kvalitetsudviklingen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde?
- Har vi behov for en samlet strategi for hvordan vi løfter kvalitetsudviklingen?

- Kan der træffes en overordnet beslutning om, at alle samarbejdsaftaler skal forholde sig til behovet for fælles kompetenceudvikling?
- Skal der arbejdes hen imod, at der etableres et fælles hold på forbedringsvejlederuddannelsen, der går på tværs af region, kommuner og evt. almen praksis?
- Kan der træffes en overordnet beslutning om, at vi ved udarbejdelsen af samarbejdsaftaler forpligter os på altid at vurdere behovet for fælles monitorering, herunder om der kan og skal skabes datagrundlag herfor, hvis det ikke eksisterer.

Fælles kompetenceudvikling

I arbejdet med at skabe kvalitetsforbedringer på et givet område vil det ofte være afgørende at sikre, at det personale, der skal løfte de aftalte opgaver, besidder de relevante kompetencer. Således kan et væsentligt håndtag til at løfte kvalitetsudviklingen være at lave fælles kompetenceudvikling f.eks. i form af fælles skolebænk, temadage eller lignende. Med henblik på at sikre at det relevante personale besidder de relevante kompetencer, der skal til for at implementere de samarbejdsaftaler, der indgås som led i Sundhedsaftalen 2019-2023, kunne et forslag være, at Sundhedsstyregruppen træffer en overordnet beslutning om, at alle samarbejdsaftaler skal forholde sig til behovet for fælles kompetenceudvikling. På mødet drøftes, om der er opbakning til dette forslag.

Muligheder for fælles kompetenceopbygning i forbedringsarbejde

En af de måder, hvorpå man vil kunne løfte kvalitetsudviklingen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, er ved at styrke de fælles forbedringskompetencer. I den forbindelse skal det bemærkes, at der allerede nu er en række rammer og strukturer, der understøtter, at man på tværs af sektorer får en fælles tilgang til kvalitetsudvikling i form af forbedringsmodellen. Eksempelvis har Region Midtjylland åbnet op for kommunal deltagelse på forbedringsvejlederuddannelsen. Du kan læse mere om uddannelsen [her](http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/kerneyder/forbedringsarbejde/) (<http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/kerneyder/forbedringsarbejde/>). Derudover skal det fremhæves, at flere af de nationale lærings- og kvalitetsteams (LKT'er) omhandler kvalitetsudfordringer, hvor patienterne er i kontakt med både regioner og kommuner. Eksempelvis gik LKT hoftenære lårbensbrud i gang i april 2018, hvor kommunerne er inviteret med gennem KL og via klyngesamarbejdet. LKT ADHD bliver derudover fra start udformet i et samarbejde mellem regioner og kommuner. Region Syddanmark skal lede arbejdet i samarbejde med to kommuner. Her vil Region Midtjylland og delta-

gende kommuner også mødes i et metodisk fællesskab, hvor der skal arbejdes frem mod fælles mål. Dette arbejde blev påbegyndt i efteråret 2018. Endelig skal det nævnes, at det nationale e-læringsprogram er tilgængeligt for alle, som ønsker at bruge det. Det nationale e-læringsprogram indgår i det nationale kvalitetsprogram som rammen for det metodefællesskab, som LKT'erne er medvirkende til at opbygge. Brugen af e-læringsprogrammet i både region og kommuner vil således styrke et fælles sprog- og metodebrug.

Med henblik på yderligere at styrke de fælles forbedringskompetencer kunne et forslag være at oprette et fælles hold på forbedringsvejlederuddannelsen, der går på tværs af regionen, kommunerne og eventuelt også almen praksis, såfremt de ønsker det. På dette hold vil deltagerne skulle byde ind med projekter vedr. tværgående problematikker, hvor der er en udfordring/kvalitetsbrist, som har interesse for både regionen, kommunen og almen praksis. Inden studiestart vil deltagerne, understøttet af relevante ledere fra sektorerne, skulle finde en studiemakker og et tværgående projekt, som de i fællesskab arbejder på under uddannelsen. Derved opnår deltagerne selv en fornemmelse for hvilke problematikker, der kan og vil opstå i projekter på tværs, inden de skal vejlede andre, og det vil styrke det relationelle arbejde mellem regionen, kommunerne og almen praksis. Et forbedringsvejlederhold med tværgående projekter kan etableres med forskellige emner/temaer, men det kan også vælges at lave en tematiseret uddannelse, hvor projekterne skal være tematiseret om et konkret emne.

På mødet drøftes, om der er interesse for, at der etableres et fælles hold på forbedringsvejlederuddannelsen, der går på tværs af sektorerne.

Data og monitorering

Forudsætningen for udviklingen af det tværsektorielle kvalitetsarbejde er, at data af tilstrækkelig validitet er tilgængelig således, at man kan følge og monitorere på om kvalitetsudviklingen går i den ønskede retning. Med henblik på at styrke kvalitetsudviklingen i det tværsektorielle sundhedssamarbejde kan et væsentligt håndtag således være, at sikre det relevante datagrundlag samt etablere den relevante monitorering, der skal til for at følge op på kvalitetsudviklingen. I forbindelse hermed kunne et forslag være, at vi ved udarbejdelsen af samarbejdsaftaler forpligter os på altid at vurdere behovet for fælles monitorering, herunder om der kan og skal skabes datagrundlag herfor, hvis det ikke eksisterer.

Det skal bemærkes, at vi i det tværsektorielle felt ofte støder ind i den udfordring, at en hel del data ikke er indhentet og struktureret således, at det umiddelbart kan finde anvendelse i det tværsektorielle kvalitetsarbejde. Endvidere er der også områder, hvor der mangler data, der kan være med til at belyse kvaliteten af den sammenhængende indsats. Et kardinalt punkt i forhold til at lykkes med data og data på tværs er den nødvendige digitale understøttelse. Derfor er det afgørende at indtænke de nationale initiativer som bl.a. etableringen af den nationale sundhedsdatainfrastruktur (FUT) i forbindelse med udrulning af hjemmemonitorering til borgere med KOL og udbredelsen af de digitale forløbsplaner til alle sektorer.

Beslutning

Det blev besluttet, at der ikke udarbejdes en fælles strategi for arbejdet med kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde, men der var efterspørgsel efter et

overblik over de forskellige værktøjer forbedringsmodellen rummer, herunder en beskrivelse af hvordan disse kan anvendes.

Der træffes ikke en overordnet beslutning om, at der ved udarbejdelsen af alle samarbejdsaftaler skal tages stilling til behovet for fælles kompetenceudvikling. Det er noget, der tages stilling til fra gang til gang i udarbejdelsen af nye samarbejdsaftaler.

Der ønskes etableret fælles hold på forbedringsvejlederuddannelsen, der går på tværs af region, kommuner og evt. almen praksis.

Behov for fælles monitorering, herunder om der kan og skal skabes datagrundlag herfor, hvis det ikke eksisterer, sker allerede ved udarbejdelse af samarbejdsaftaler.

1-01-72-30-17

5. Kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde: Etablering af fælles tværsektorielle databaser på diabetes og KOL

Administrationen indstiller,

at Sundhedsstyregruppen godkender udarbejdelsen af et oplæg på tværsektorielle kvalitetsdatabaser på KOL og diabetes

Sagsfremstilling

Som det fremgår af punkt 3 på dagsordenen har en kommunal arbejdsgruppe nedsat i regi af Chefforum for sundheds- og ældrechefer konkretiseret de kommunale overvejelser i forhold til kvalitetsudvikling i det tværsektorielle sundhedssamarbejde i debatoplægget *'Kvalitet i det nære sundhedsvæsen – i et kommunalt perspektiv'*. Oplægget rummer blandt andet et konkret forslag om at se på mulighederne for etablering af fælles tværsektorielle databaser på KOL og diabetes områderne – med udgangspunkt i de gode erfaringer fra HjerteKomMidt.

Baggrunden for forslaget er, at det stigende antal kronikere er en betydelig fælles udfordring for det samlede sundhedsvæsen. Kronikerne vil i fremtiden øget presset på de faglige såvel som økonomiske ressourcer i sundhedsvæsenet. Der er derfor et incitament på tværs til at øge opmærksomheden på, hvordan man i fremtiden kan effektivisere indsatsen og øge kvaliteten i de tilbud, som man har til kronikerne. Afgørende for at lykkes med dette mål er viden om kvaliteten – processuel såvel som output – af indsatsen. Denne viden opnås kun, såfremt der er valide data på tværs, som der kan handles på. Derfor foreslås det, at der arbejdes videre med muligheden for at etablere fælles tværsektorielle databaser på KOL og diabetes med udgangspunkt i de gode erfaringer fra HjerteKomMidt.

Etableringen af fælles databaser på KOL og diabetes områderne kræver en række forbedrende indsatser. Der skal for det første udpeges/udvikles relevante indikatorer for de ønskede kvalitetsmålsætninger på det pågældende område, der kan danne udgangspunkt for kvalitetsudvikling af indsatser, og som beskriver den sundhedsfaglige organisatoriske og borgeroplevede kvalitet. Dette skal ske med afsæt i den eksisterende evidens, bedste viden, retningslinjer og anbefalinger. Der skal samtidig dannes populationer for hver sygdomsgruppe i forhold til den kommunale indsats. Derefter følger kravspecifikation og bygning af databasen, hvori der systematisk skal registreres de nødvendige data, der skal til for at følge op på målene og de ønskede indikatorer herfor. Platformen, som HjerteKomMidt er udviklet på, kan udvides til også at omfatte sygdomsgrupperne KOL og diabetes, og er ligeledes klargjort til på sigt at kunne indsamle borgerrapporterede outcomes (PRO). Sidst men ikke mindst er erfaringen fra HjerteKomMidt, at det ligeledes er afgørende ind i en forbedringstankegang, at der er tidstro feedback til frontpersonalet med henblik på løbende opfølgning på egne resultater og mhp. at understøtte lokal datadrevet kvalitetsudvikling.

I arbejdet med at etablere kvalitetsdatabaser for KOL og diabetes vil det være relevant at inddrage samarbejdsparter med særlig indsigt på de to områder. Det kunne f.eks. være Steno Diabetescenter Aarhus i forhold til diabetes. Det foreslås endvidere, at indsatserne rammesættes med afsæt i risikotrekanten, da kronikere ofte er i stor risiko for at gå fra at være rising-risk patienter til at blive high-risk patienter. Derudover foreslås, at indsatserne tager afsæt i forbedringsmodellen, hvor fokus bl.a. er på at udpege relevante 'drivere', der skal understøtte den ønskede kvalitetsudvikling.

Beslutning

Indstilling godkendt.

Regionen hilser det velkomment, at kommunerne ønsker etablering af flere kommunale kvalitetsdatabaser. Der opfordres til, at der eventuelt indtænkes PRO-data (patientrapporterede oplysninger) i nye databaser, samt at hensynet til borgere med multisygdom overvejes.

1-01-72-30-17

6. Forebyggelige indlæggelser - inspiration fra Randersklyngen

Administrationen indstiller,

at Sundhedsstyregruppen lader sig inspirere af Randersklyngens brug af tværsektorielle audits som metode i arbejdet med at nedbringe 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. Vestklyngen og Midtklyngen har ved tidligere møder præsenteret deres arbejde med at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser. På dette møde deles erfaringer fra Randersklyngen, og på de kommende møder vil erfaringer fra Horsens- og Aarhusklyngerne blive delt.

Hello Bro interviewer på mødet Marianne Jensen om Randersklyngens anvendelse af tværsektorielle audits på forebyggelige (gen)indlæggelser. Der vil efterfølgende være mulighed for drøftelser to og to efterfulgt af opfølgende spørgsmål fra Sundhedsstyregruppen til Marianne Jensen.

Det regionale Lederforum for Kvalitet har ved deres seneste møde drøftet tiltag til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser. Herunder var der forslag om at udbrede Randersklyngens metode med tværsektorielle audits. Lederforum for Kvalitet vil i løbet af foråret 2019 komme med en række anbefalinger til tiltag, der kan nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser.

Beslutning

I Randersklyngen holdes der to gange årligt bilaterale møder mellem hospitalet og de enkelte kommuner. På møderne deltager klinkere/sygeplejersker fra henholdsvis hospital og kommune, og de sidder med adgang til egne journaler.

Hospitalsledelsesrepræsentant har deltaget de første gange. Der laves audit på de sidste 20 forebyggelige genindlæggelser. Det generelle indtryk er, at patienterne udskrives rettidigt, at overleveringen er tilfredsstillende, at kommunen tager over og tilbyder den assistance, patienten har brug for. Mange af de patienter, der indlægges med forebyggelige diagnoser, er ikke kendte af kommunen, så der har det ikke været muligt at forebygge noget. Blandt de resterende er fundene, at nogle indlæggelser sker fordi, 1) at vagtlæger er utrygge/ubekendte med kommunale tilbud, eller 2) at nogle borgere ikke ønsker at modtage den kommunale hjælp, der bliver tilbudt. Audits har endvidere identificeret en tendens til at patienter, der bliver tidligt udskrevet efter en hoftefraktur, kommer ind på hospitalet med lungebetændelse efter 8-9 dage. Dette forsøges forebygget ved at sikre information til kommunalt personale og pårørende om vigtigheden af, at den opererede kommer op af sengen og bevæger sig.

Hospitalet har også afholdt særskilt audit med praktiserende læger. Her fandt de, at 68 % af de forebyggelige indlæggelser sker via 112/Præhospitalet. Der er taget initiativ til, at kommunen uddeler et døgnåbent nummer, som udvalgte borgere kan ringe til, hvis de bliver utrygge og bange fx om natten.

Når audits peger på uhensigtsmæssigheder tages det op i klyngestyregruppen (Sundhedsstrategisk ledelse).

1-01-72-30-17

7. Regionens kommende sundheds- og hospitalsplan

Administrationen indstiller,

- at** orientering om politisk besluttet proces for regionens sundheds- og hospitalsplan tages til efterretning
- at** det drøftes, hvordan Sundhedsstyregruppen kan give tværsektorielt input til sundheds- og hospitalsplanen

Sagsfremstilling

Det afklarende rum

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

Baggrund: Regionsrådets aftale om budget 2019

Af budgetaftalen fremgår det, at sundheds- og hospitalsplanen skal:

- Danne grundlag for de nuværende præmisser for sundhedsvæsenet
- Understøtte det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor vi både udvikler den specialiserede behandling og det nære sundhedsvæsen
- Fastholde regionens position som førende i den sundhedsfaglige udvikling til gavn og glæde for patienterne i regionen og i resten af landet
- Fastlægge profiler og udviklingsspor for regionens hospitaler
- Sætte retning for samarbejdet mellem region, kommuner og praksissektor, herunder også samarbejdet om sundhedsdata.

Det er en central sigtelinje i planen, at alle borgere i regionen skal modtage samme høje kvalitet i såvel akut som planlagt behandling. I forbindelse med udarbejdelse af hospitalsplanen skal der udarbejdes en analyse af hospitalernes økonomi, der relaterer sig til hospitalets population, befolkningens behov ift. sundhedsydelse, hospitalets profil og relevant aktivitet.

I processen inddrages borgere, patientforeninger, fagpersonale og samarbejdsfora.

Rammer for sundheds- og hospitalsplanen

En sundheds- og hospitalsplan er en strategi, der udstikker retning og spor for udviklingen af det midtjyske sundhedsvæsen og er retningsgivende for muligheder og håndtering af udfordringer. Samtidig er det et konkret dokument over organiseringen af hospitalsvæsenet i Region Midtjylland, fordelingen af akuthospitaler og specialer samt hospitalernes profiler.

Regionsrådet har i 2018 udarbejdet en række politiske sigtelinjer, som skal give retning til prioriteringer og beslutninger i forhold til at realisere målbillederne for Region Midtjylland. Sundheds- og hospitalsplanen følger de politiske sigtelinjer og formuleringerne i aftale om budget 2019.

De politiske sigtelinjer indeholder følgende 10 overskrifter:

- Et sundhedsvæsen på patientens præmisser
- Tryghed - er både nærhed og specialisering
- Et stærkt universitetshospital i højeste internationale klasse
- Sammen om borgernes sundhed
- En region i balance
- Øget anvendelse af teknologi og digitalisering
- En arbejdsplads med godt arbejdsmiljø og arbejdsglæde
- Region Midtjylland går forrest i bæredygtig udvikling og grøn omstilling
- En region med et levende kulturliv
- Region Midtjylland i sundt samspil med den private sektor.

Uddybende notat om de politiske sigtelinjer findes her:

http://www.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5CDagsordener%5Cregionsraadet%202018%5C28-11-2018%5CAaben_dagsorden&appendixId=217042

Proces for sundheds- og hospitalsplanen

Processen med at udarbejde sundheds- og hospitalsplanen følger en "tragtmodel", der indledes med en politisk rammesætning og herefter inddrager synspunkter og input fra borgere, sundhedspersonale og samarbejdsfora.

Regionsrådet afholdt den 14.-15. januar 2019 døgnsseminar, hvor de havde en indledende drøftelse af den politiske rammesætning. Input til den politiske drøftelse blev givet fra specialerådsformændene for de tværfaglige specialer, formandskabet for regionens medarbejderudvalg, formanden for Dansk Selskab for Almen Medicin i Midtjylland (DSAM), formanden for Det Regionale Overlægeråd samt formanden for bestyrelsen for Lægeforeningen Midtjylland. Der arbejdes nu videre med den politiske rammesætning.

Borgere, patientforeninger mv. inddrages i foråret 2019. Inddragelsen af etablerede politiske og administrative samarbejdsfora sker via sædvanlige mødefora og procedurer.

Planen sendes til bemærkninger blandt samarbejdsparterne forud for den endelige godkendelse i Regionsrådet.

Beslutning

Orientering om proces for regionens sundheds- og hospitalsplan tages til efterretning.

Der ventes et mere konkret politisk rammepapir i løbet af februar. Dette danner grundlag for drøftelse og tværsektorielt input til sundheds- og hospitalsplanen på møder i Sundhedsstyregruppen den 27. marts og Sundhedskoordinationsudvalget den 30. april. Såfremt det tidsmæssigt kan lade sig gøre opfordres til en drøftelse i klyngestyregrupperne forud for mødet i Sundhedsstyregruppen den 27. marts.

Der bliver endvidere arrangeret en særskilt dialog med PLO-Midtjylland.

Bilag

- [Rammer og proces for ny sundheds- og hospitalsplan](#)

1-31-72-188-18

8. Alliancen om den nære psykiatri – styregruppens forslag til forankring af initiativer vedr. voksne borgere med svær psykisk sygdom og mental sundhed hos børn og unge

Administrationen indstiller,

- at** Sundhedsstyrelsen tager forslag til initiativer til efterretning, og
- at** Sundhedsstyrelsen godkender styregruppen for alliancen om den nære psykiatri forslag til proces

Sagsfremstilling

Det produktive/
handlende rum

- Vær konkret og handlingsorienteret
- Træf beslutninger

Styregruppen for alliancen om den nære psykiatri har i efteråret 2018 haft nedsat to tværsektorielle alliancegrupper, der har haft til opdrag at identificere løsningsforslag indenfor de to først prioriterede politiske indsatsområder – mental sundhed hos børn og unge samt voksne borgere med svær psykisk sygdom. I begge grupper har der deltaget repræsentanter fra alliancens fire parter – regionen, kommunerne, almen praksis samt bruger- og pårørendeorganisationer. Derudover har uddannelsesinstitutioner, boligsocialt arbejde, DGI mv. været inviteret ind i arbejdet i alliancegrupperne med henblik på at få input til det videre arbejde fra relevante parter i en bredere kreds. Her findes link til kommissorierne for alliancegrupperne: <http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/Den-naere-psykiatri/alliancegrupper/>.

Styregruppens løsningsforslag og næste skridt

Alliancegruppernes arbejde er nu afsluttet, og styregruppen for alliancen har foretaget vedlagte prioritering og kvalificering af de udarbejdede initiativer samt bud på deres forankring (*bilag med samlede initiativer eftersendes*). Løsningsforslagene har alle et tværsektorielt sigte. Realisering og videreudvikling af dem fordrer derfor et fortsat tæt tværsektorielt samarbejde. Næste skridt er at vurdere, kvalificere, udvikle og afprøve de fremsatte initiativer, og til dette ses klyngerne som et centralt omdrejningspunkt. Det er således tanken at udbyde udviklingen og afprøvningen af initiativerne til klyngerne. Karakteren af initiativerne er forskellig, og der er forskel på modenhed. For nogle af initia-

tiverne forventes det, at der forholdsvis hurtigt kan udvikles / testes en model, som kan danne grundlag for en fælles aftale. For andre er der et længere udviklingsigte.

Udvikling i klyngerne sker med henblik på afklaring af, om initiativerne har potentiale i at spredes til alle kommuner/hele regionen evt. via indgåelse af samarbejdsaftaler mellem alliancens parter. I den forbindelse foretages en vurdering af indsatsens effekt for borgerne, for sundhedstilstanden og for samfundsøkonomien. Det er en ambition, at initiativerne munder ud i forslag til fælles forpligtende samarbejdsaftaler/partnerskabsaftaler. Disse aftaler skal godkendes i Regionsrådet og i de enkelte byråd inden efterfølgende implementering. Til dette vil de økonomiske konsekvenser være klarlagt, så der er gennemsigthed for alle parter i det fælles beslutningsgrundlag

Styregruppen for alliancen vil tage initiativ til en fælles konference mellem alliancens fire parter i efteråret 2019. Formålet er at kommunikere de foreløbige resultater af de igangsatte initiativer samt invitere til dialog om det videre arbejde i alliancen.

Proces for afprøvning og udvikling



Proces for politisk orientering

Da alliancens politiske ophæng er forankret i KKR, Regionsrådet og Kontaktudvalget (mellem regionsrådsformanden og de 19 borgmestre) gennemføres en politisk orienteringsproces i 1. kvartal 2019, hvor der gives en overordnet orientering om alliancens forslag og igangsætning af initiativerne ud fra følgende plan:

- KKR den 6. februar 2019
- Regionsrådet den 27. februar 2019
- Kontaktudvalget den 15. marts 2019

Desuden er Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget en væsentlig part i den videre proces omkring realisering af initiativerne.

Sideløbende med den politiske orienteringsproces drøftes løsningsforslag og forankring i hhv. KOSU (31/1) og DASSOS (18/2). Proces for igangsættelse af initiativer drøftes tværsektorielt i Sundhedsstyregruppen (31/1). Igangsætning af initiativer og prøvehandlinger samt udpegning afventer, at de ovenfor nævnte administrative fora har drøftet initiativerne og forankringen.

Beslutning

Indstilling godkendt.

Bilag

- [Samlede initiativer - Styregruppen for alliancen om den nære psykiatri](#)

1-01-72-30-17

9. Skriftlig orientering

Administrationen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning

Sagsfremstilling

Status på Steno Diabetes Center Aarhus' (SDCA) strategi for sammenhængende patientforløb og tværsektorielt samarbejde

På møde i Sundhedsstyregruppen den 16. august orienterede centerdirektør for SDCA, Troels Krarup Hansen og afdelingsleder, Anelli Sandbæk om centrets idéer til en kommende strategi for sammenhængende patientforløb og tværsektorielt samarbejde i regi af SDCA. På mødet blev det besluttet, at SSG skulle udpege repræsentanter til en mindre gruppe, der kunne give sparring til SDCA på strategiarbejdet. Repræsentanterne, der blev udpeget, var Anders Kjærulff, Silkeborg Kommune, Henrik Kise, PLO-Midtjylland og Poul Michaelsen, Hospitalsenheden Vest.

Der har været afholdt to møder i gruppen, hvor der er blevet leveret input til strategiarbejdet. Sideløbende har SDCA også været i dialog om strategien med bl.a. de kommunale sundhedschefer på møde den 13. december 2018.

Strategien angiver bl.a. fire overordnede programpunkter, som der skal arbejdes med i det tværsektorielle samarbejde:

- Organisering af patientforløb på tværs af sektorer
- Kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling og support af primærsektoren
- Patientrettede indsatser
- Forebyggelse af diabetes og fedme.

SDCA arbejder på færdiggørelse af strategien således, at den kan godkendes i SDCAs bestyrelse i marts. Herefter orienteres Sundhedsstyregruppen om strategien på møde den 27. marts 2019.

Orientering om tværsektoriel arbejdsgruppe om rammer for samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og praktiserende læger

Praksisplanudvalget har på møde den 28. maj 2019 igangsat et arbejde med henblik på at kunne aftale rammerne for samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og de kommunale akutfunktioner. Der har været nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der har udarbejdet en række anbefalinger og herunder forslag til definitioner og arbejdsgange, som kan indgå i en aftale om rammer for samarbejdet om borgere i kommunale akutfunktioner. Anbefalingerne drøftes på møde den 31. januar 2019 i den administrative styregruppe bag Praksisplanudvalget. På møde den 6. marts 2019 beslutter Praksisplanudvalget hvilke anbefalinger, man ønsker at gå videre med.

Da gruppens leverancer er tæt forbundet med udmøntningen af Sundhedsaftalen, vil Sundhedskoordinationsudvalget også blive inddraget i forbindelse med de beslutninger, der træffes på baggrund af arbejdsgruppens anbefalinger.

Borgere, der har kontakt til en kommunal akutfunktion, er ofte sårbare, ældre borgere, der har behov for en tværsektoriel indsats. Arbejdsgruppens anbefalinger retter sig mod, hvordan den lægefaglige forankring af indsatserne i de kommunale akutfunktioner kan styrkes. Fokus er særligt på, hvordan samspillet mellem akutsygeplejersker og praktiserende læger kan fremme sammenhæng og kvalitet i de borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion.

Arbejdsgruppens anbefalinger er:

- At der indgås en lokalaftale, der opstiller klare rammer for arbejdsdeling og arbejdsgange i borgerforløb, der involverer en kommunal akutfunktion. Arbejdsgruppen har beskrevet forslag til beskrivelse af formål med aftale, målgruppe for akutfunktionen, henvisning og visitation, lægefagligt ansvar for patient og for behandling, afklaringsfase og samarbejde under forløbet samt afslutning i akutfunktionen. PLO-Midtjylland har gjort opmærksom på, at det beskrevne samarbejde om klare rammer for kommunikation, tilgængelighed og akuthed fordrer en aftale om honorering for kommunikation, hvor Aalborgaftalen med 10 min. moduler kunne anvendes til inspiration. Endvidere er fremført, at for at fremme et øget samarbejdet også i lægevagten, er det nødvendigt med en styrket honorering til sygebesøg foretaget af lægevagten.
- Vilkårene for lægefaglig forankring i forhold til akutfunktionerne er forskellige alt efter, om der er tale om dagtid (kl. 8-16) eller vagttid (kl. 16-8). Der er forskelle i de handlemuligheder og muligheder for kommunikation, som praktiserende læger og vagtlæger har samt forskel i honoreringen. Det anbefales, at problemstillingen udredes i et samarbejde mellem Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og kommunerne i regionen.
- At Region Midtjylland, kommuner og almen praksis sammen udreder mulighederne for en mere ensartet kvalitet, samt at praksis i forhold til at tage akutte, venøse blodprøver via en akutfunktion udredes nærmere med henblik på at finde fælles løsninger på området.
- At alle kommuner tilstræber med tiden at have et akutteam for at styrke indsatsen i patientens hjem.
- At der indgås en rammeaftale om sundhedsfaglig rådgivning til personale i kommunale akutfunktioner.
- At problemstilling med manglende mulighed for at opbevare medicin i akutfunktionerne rejses nationalt.

Orientering om årsrapport 2018 for Folkesundhed i Midten

Årsrapporten 2017 for Folkesundhed i Midten er blevet godkendt af formandskabet for Folkesundhed i Midten.

Formandskabet består af:

- Direktør Jørgen Andersen, Syddjurs Kommune
- Vicedirektør Mette Kjølby, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland
- Institutleder Ole Bækgaard Nielsen, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Sundhedsstyregruppen modtager hermed rapporten til orientering. Den sendes efterfølgende til klyngerne og lægges på hjemmesiden for Folkesundhed i Midten.

Beslutning

Indstilling godkendt.

Bilag

- [FiM årsrapport 2018 pr januar 19](#)

1-01-72-30-17

10. Eventuelt

Beslutning

Intet under dette punkt.