

Viborg, den 25. november 2011  
/krsteg



**Referat**  
**af**  
**mødet i Sundhedskoordinationsudvalget**  
**17. november 2011 kl. 14:00**  
**i Mødelokale F7**

# Indholdsfortegnelse

---

Pkt. Tekst	Side
1 <a href="#">Idé- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen</a> *	1
2 <a href="#">Godkendelse af sundhedsaftale på demensområdet</a> *	5
3 <a href="#">Godkendelse af sundhedsaftale om den palliative indsats</a> *	9
4 <a href="#">Orientering vedrørende omlægningen af det neurologiske område i Region Midtjylland</a> *	12

## Mødedeltagere:

Hans Jørgen Hørning, Silkeborg Kommune  
Jens Grønlund, Skanderborg Kommune (Afbud)  
Christian Bjerre, Herning Kommune  
Dorte Laustsen, Århus Kommune  
Charlotte Juhl Andersen, Horsens Kommune

Praksisudvalgsformand, praktiserende læge Bruno Melgaard Jensen  
Næstformand for praksisudvalget, praktiserende læge Johannes Ravn Christensen

Anders Kühnau, Region Midtjylland  
Laila Munk Sørensen, Region Midtjylland  
Bente Nielsen, Region Midtjylland (Afbud)  
Olav Nørgaard, Region Midtjylland  
Aleksander Aagaard, Region Midtjylland

## Administrative repræsentanter:

Direktør Jens Peter Hegelund Jensen, Silkeborg Kommune  
Sundheds- og ældrechef Ina Ahrensberg, Herning Kommune  
Konsulent Jonna Holm Pedersen, KKR

Direktør Anne Jastrup, Region Midtjylland  
Vicedirektør Kjeld Martinussen, Nære Sundhedstilbud, RM  
Afdelingschef Christian Boel, Sundhedsplanlægning, RM (Afbud)  
Kontorchef Jens Bejer Damgaard, Nære Sundhedstilbud, RM

1-34-72-4-10

## 1. Idé- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen

### Resumé

*Sundhedskoordinationsudvalget har med afsæt i Sundhedsaftalen 2011–2014 igangsat en udviklingsproces for det nære sundhedsvæsen. Idé- og udviklingskataloget er et led i processen frem mod et mere integreret, koordineret og samarbejdende sundhedsvæsen i 'det nære'. Der foreligger nu et udkast til et idé- og udviklingskatalog samt forslag til den videre proces.*

### Indstilling

- at** Sundhedskoordinationsudvalget godkender idé- og udviklingskataloget for det nære sundhedsvæsen
- at** Sundhedskoordinationsudvalget godkender forslaget om den videre proces
- at** Sundhedskoordinationsudvalget har en indledende drøftelse af de overordnede temaer inden mødet med kommunernes udvalgsformænd.

### Sagsfremstilling

Det samlede sundhedsvæsen er under konstant forandring og udvikling.

Udviklingen ændrer kravene til det samlede sundhedsvæsen – særligt det nære sundhedsvæsen. Det stiller store krav til rettidig omstilling, og stiller krav til et integreret sundhedsvæsen med sammenhæng i alle sundhedsydelser. Ud fra et økonomisk og kvalitetsmæssigt perspektiv, skal opgaverne løses der, hvor det giver bedst mening. Der er derfor behov for i fællesskab at udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen, som netop aftalt i Sundhedsaftalen 2011-2014.

Sundhedskoordinationsudvalget har med afsæt i Sundhedsaftalen 2011–2014 igangsat en udviklingsproces. Idé- og udviklingskataloget er et led i processen frem mod et mere integreret, koordineret og samarbejdende sundhedsvæsen i 'det nære'. Processen har indtil videre inddraget en række aktører. Der er eksempelvis blevet afholdt en tværsektoriel innovationsdag med deltagelse af politikere, interesseorganisationer, ledelsesrepræsentanter og fagfolk fra alle sektorer.

Der er nu udarbejdet et forslag til et idé- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen, som er vedlagt som bilag. Det indstilles, at Sundhedskoordinationsudvalget godkender udkastet.

Idé- og udviklingskataloget bidrager med:

- Viden og overblik over eksisterende tværsektorielle indsatser og tiltag på sundhedsområdet

- 
- På strategisk niveau at rammesætte behovet for en fælles omstilling og udvikling på en række temaer:
    - lighed i sundhed
    - forebyggelse og tidlig opsporing
    - behandling og samarbejde i eget hjem
    - teknologi/telemedicin
    - tværsektorielle data og kommunikation
    - kompetenceudvikling
    - egenomsorg/mestring
  - 8 nye idéer og initiativer.

Af Idé- og udviklingskataloget fremgår det, at der på nuværende tidspunkt er i alt cirka 175 igangværende og planlagte tværsektorielle tiltag i samarbejdet mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Der foregår derfor allerede i dag en lang række udviklingsinitiativer, som bidrager til udvikling og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde. Samtidigt viser Idé- og udviklingskataloget behovet for, at sektorerne i fællesskab i langt højere grad fokuserer på en mere systematisk erfaringsopsamling og dokumentation af det tværsektorielle samarbejde. Og at der derved skabes det nødvendige beslutningsgrundlag til at fastsætte, hvilke tiltag, der har potentiale til at blive udbredt i storskala.

### **Den videre proces**

Idé- og udviklingskataloget har identificeret en række temaer, hvor der særligt er behov for fælles omstilling og udvikling, når det nære sundhedsvæsen skal styrkes.

Det foreslås, at Sundhedskoordinationsudvalget på næste møde prioriterer 2-3 af temaerne med henblik på at opnå en mere koncentreret indsats på områderne. I klyngeregigt arbejdes der herefter med tværsektorielle indsatser inden for de prioriterede indsatser. Dette kan ske dels med afsæt i de foreslåede ideer i kataloget eller helt nye initiativer, dels ved at arbejde videre med igangværende initiativer og samtidigt sikre at der sker en systematisk erfaringsopsamling og dokumentation.

Sundhedskoordinationsudvalget inviterer i 2. halvår 2012 til en konference, hvor hver klynge fremlægger foreløbige initiativer og resultater.

Sundhedskoordinationsudvalget vil den 17. november 2011 præsentere Idé- og udviklingskataloget for Social- og sundhedsudvalgsformændene samt formand og næstformænd for regionale udvalg. Deltagerne får mulighed for at komme med input til Sundhedskoordinationsudvalgets prioritering af temaer.

Den endelige prioritering af temaer sker på møde i Sundhedskoordinationsudvalget den 8. december 2011.

### **Beslutning**

Medlemmerne af Sundhedskoordinationsudvalget udtrykte stor tilfredshed med Idé- og udviklingskatalog for det nære sundhedsvæsen. Det blev drøftet, hvorvidt det er muligt, at adskille de enkelte temaer. Dog blev hvert af de syv temaer drøftet enkeltvis.

#### *Ulighed i sundhed*

Det blev drøftet, hvorvidt dette tema var gennemgående i forhold til de andre temaer.

---

#### *Forebyggelse og tidlig opsporing*

Det blev bemærket at overskriften på dette tema kan give anledning til misforståelser, da fokus er på patientrettet forebyggelse. Udvalget fandt det nødvendigt at specificere overskriften i den kommende version af kataloget.

Deltagerne drøftede endvidere andelen af forebyggelige genindlæggelser i 2010 (ca. 16.000) i forhold til det totale antal akutte og elektive indlæggelser i 2010 (ca. 290.000, fordelt på ca. 190.000 akutte indlæggelser og ca. 100.000 elektive indlæggelser).

#### *Behandling og samarbejde i eget hjem*

Det blev fremført at temaet overlapper med temaet om teknologi og telemedicin.

#### *Teknologi og telemedicin*

Det blev fremført at teknologi og telemedicin, er et område, som alle er optaget af. Samtidig anses det som et område med potentiale for skalering og læringsmuligheder. Endvidere drøftede udvalget de organisatoriske og administrative udfordringer i samarbejdet mellem nogle kommuner og almen praksis.

#### *Tværasektoriel data og kommunikation*

Det blev fremført, at der er behov for, at diskutere den fælles brug af tværasektorielle data herunder de muligheder som allerede findes i dag. Endvidere blev det fremført at antallet af it-systemer i hhv. Region Midtjylland, kommunerne og almen praksis udgør en væsentlig udfordring.

Praktiserende Lægers Organisation anførte, at der ikke er behov for flere screeningsværktøjer, men udvikling af samarbejdet omkring borgeren.

#### *Kompetenceudvikling*

Det blev præciseret at fokus skulle være på fælles kompetenceudvikling.

#### *Egenomsorg/mestring*

Det blev drøftet hvorvidt egenomsorg er en mulighed for at styrke det nære sundhedsvæsen, der samtidig har nogle fordele mht. livskvalitet og økonomi. Herunder blev et konkret projekt fra Aarhus fremhævet, hvor midtvejsevalueringen viste at 50 % af respondenterne var i stand til at klare sig selv.

Som afslutning på drøftelsen blev der fremlagt et forslag om, at tilføje et nyt tema til Idé- og udviklingskataloget. Dette tema skal omhandle det tværasektorielle samarbejde omkring borgere med særligt fokus på arbejdsmarkedet. Der var bred opbakning til denne tilføjelse til Idé- og udviklingskataloget.

Det blev besluttet at:

- Idé- og udviklingskataloget for det nære sundhedsvæsen blev godkendt.
- Forslaget om den videre proces blev godkendt.
- Den indledende drøftelse af de overordnede temaer inden mødet med kommunernes udvalgsformænd blev gennemført.

## **Bilag**

- [ide- og udviklingskatalog udkast](#)
- [proces- udkast](#)

---

1-30-72-121-09

## 2. Godkendelse af sundhedsaftale på demensområdet

<b>Indstilling</b>
--------------------

Sundhedsstyregruppen indstiller, at Sundhedskoordinationsudvalget godkender sundhedsaftalen om indsatsen på demensområdet.

### Sagsfremstilling

Af den generelle sundhedsaftales afsnit vedr. indsatsen for mennesker med psykisk sygdom (politisk samt administrativ del) fremgår, at der skal udarbejdes en sundhedsaftale vedrørende indsatsen på demensområdet.

Sundhedskoordinationsudvalget vedtog på sit møde den 1. december 2010 kommissorium for sundhedsaftalen vedrørende indsatsen på demensområdet.

En arbejdsgruppe bestående af klyngerepræsentanter fra kommunerne (Aarhus, Holstebro, Horsens, Favrskov, Randers og Skive), læge- og sygeplejerepræsentanter fra hospitalsafdelinger (geronto-psykiatri, geriatri og neurologi), repræsentanter for praksissektoren og administrationen i Region Midtjylland har udarbejdet udkastet til sundhedsaftalen om indsatsen på demensområdet.

Sundhedsaftalen består af en politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig del (lomme håndbog). Ud over sundhedsaftalen er der udarbejdet et notat om den lovgivning, der er særligt relevant på demensområdet, en kortlægning af kommunernes samarbejde med frivillige organisationer om tilbud på demensområdet, en kortlægning af kompetencer vedrørende demens på basis- og specialistniveau samt en oversigt over demenskonsulenter i kommunerne.

Udformningen af den sundhedsfaglige del af aftalen tager udgangspunkt i indhold og elementer i den generiske model for forløbsprogrammer. Dette begrundes i, at Den nationale handlingsplan for demensindsatsen fra 2010 anbefaler at anvende et forløbsprogram som ramme for demensindsatsen. Herved kan kommende kliniske retningslinjer, som handlingsplanen også anbefaler udarbejdet, let indarbejdes i den nuværende aftale.

Når den generiske model anvendes, skal de sundhedsfaglige indsatser og tilbud, som kommuner, hospitaler og praktiserende læger yder, beskrives. Dette medfører, at den sundhedsfaglige del af aftalen bliver omfattende. Da aftalen er en samordning af de aftaler og indsatser, som allerede foregår i dag, sker langt hovedparten af de indsatser, som er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen, allerede. De beskrevne tilbud og indsatser ligger inden for lovgivningen på demensområdet med undtagelse af et enkelt område (en kommunal sundhedsfaglig kontaktperson).

Desuden kan sundhedsaftalen anvendes af sundhedspersonalet til at danne sig et overblik over mulige indsatser og løsninger på problemstillinger i forbindelse med personer med demens.

---

I den sundhedsfaglige del af aftalen foreslås følgende nye indsatser på demensområdet:

Kommuner: Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalen har kommunerne til opgave at tilknytte en sundhedsfaglig kontaktperson - en hjemmesygeplejerske - til patienten. Det er ikke et lovkrav, at kommunen tilknytter en sundhedsfaglig kontaktperson i hjemmesygeplejen, men det vil være med til at sikre en bedre intern og ekstern sammenhæng i forløbene. På den måde tages der bedst muligt hånd om de særlige behov hos personen med demens og de pårørende, og praktiserende læge og hospital ved, hvem de skal kontakte i kommunen om en given patient.

Det kommunale sundhedspersonale skal medvirke i de følgende foreslåede indsatsområder i sundhedsaftalen: Tidlig opsporing af demens, fordi tidlig antidemensbehandling har en bedre effekt, og i tidlig opsporing af sygdomme hos personer med demens, da de ofte lider af somatiske sygdomme, uden at kunne give udtryk herfor.

Der vil blive lavet et oplysningsmateriale i form af lommehåndbøger og af plakater, som kan hænges op de steder, hvor personalet færdes. Det er Servicestyrelsens midler til regionen, som finansierer oplysningsmaterialet.

Desuden foreslås, at demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson skal hjælpe den praktiserende læge med at indsamle relevante observationer hos personer, hvor der er mistanke om demens og derved medvirke til tidlig opsporing og udredning af demens. Det vil være med til at sikre en kvalificeret udredning og forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

I sundhedsaftalen indgår også, at demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson medvirker i opfølgningen af demenssygdommen hos berørte patienter. Det sker ved, at de planlægger og evt. deltager i en opfølgningssamtale hos praktiserende læge, hvis det er muligt for personen med demens. Hvis dette ikke er muligt, da ved opfølgning i hjemmet sammen med patient, pårørende og den sundhedsfaglige kontaktperson.

Sundhedsaftalen bygger på, at der er kommunale demenskonsulenter i hver kommune. En kortlægning af kommunale demenskonsulenter har vist, at alle kommuner i regionen har demenskonsulenter/-koordinatorer.

Hospitaler: Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalen skal relevant udredning af demens foregå på specialiseret lægefagligt niveau og -område. Dette vurderes ud fra funktionsevner og funktionsproblemer hos den udredte person. Det begrundes med, at de nyere avancerede undersøgelsesmetoder, som findes i dag, kan stille en mere præcis demensdiagnose (type af demens), og at der kan igangsættes medicinsk antidemensbehandling, som kun kan iværksættes af de lægelige specialister på området (neurolog, gerontopsykiater og geriater). Derved kan der ydes den bedst mulige demensbehandling og -indsats til såvel personen m. demens som dennes pårørende.

Ifølge sundhedsaftalen skal udredning af demens ske ud fra symptombilledet hos personen, hvor der er mistanke om demens, og på det udredningssted hvor den rette lægefaglige ekspertise findes i forhold til de udviste symptomer. Herved vil personer med demens få en mere korrekt udredning og demensbehandling. I dag sker udredning af demens nogle steder i regionen ud fra et alderskriterium, hvilket medvirker til, at nogle

---

personer med demens ikke sikres den rette udredning. Dette kan både virke aldersdiskriminerende og dobbelt ressourceforbrugende.

Desuden lægges der i aftalen op til, at de relevante almindelige somatiske sengeafsnit (hyppigst medicinske og kirurgiske) medvirker til tidlig opsporing af demens. Derfor foreslås det, at de relevante sengeafsnit får en demensnøgleperson, der har specifik viden på demensområdet, og at oplysningsplakaterne også sættes op i disse sengeafsnit.

Endvidere afholder Region Midtjylland en tværsektoriel informationsdag om demensområdet for det sundhedsfaglige personale d. 14/12. Informationsdagen finansieres af Servicestyrelsens puljemidler for 2011 og invitationerne sendes ud snarest.

Praktiserende læger: Nyt i forhold til gældende praksis:

Ifølge sundhedsaftalens nye retningslinjer for udredningssted ud fra symptombillede, skal praktiserende læger ændre henvisningspraksis ved demensudredning.

Sundhedsaftalen lægger desuden op til, at den praktiserende læge kan indhente oplysninger fra de kommunale demenskonsulenter, når der er behov for yderligere oplysninger vedrørende personen, om hvem der er mistanke om demens.

I forhold til opfølgning efter iværksat behandling lægger aftalen op til, at praktiserende læge mindst én gang årligt foretager en opfølgningssamtale i lægekonsultationen, hvis personen med demens kan dette eller ved opfølgningssamtale i hjemmet. Ved denne opfølgning deltager demenskonsulent eller den kommunale sundhedsfaglige kontaktperson. Det er også denne, der planlægger opfølgningen.

Sundhedsaftalen lægges ind i regionens e-Dok til brug for hospitalerne og de kommuner, der anvender e-Dok. Til de praktiserende læger skal der udarbejdes en reduceret udgave af sundhedsaftalens sundhedsfaglige del, så kun indhold, som er relevant for disse, lægges i regionens Praksis.dk.

Aftalen har været til kommentering i Praksisudvalget den 10. oktober 2011. Endvidere besluttede Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg på møde den 12. oktober 2011, at der skulle være mulighed for kommuner og hospitaler at fremsende eventuelle kommentarer til aftalen senest den 3. november 2011.

Efter godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget sendes sundhedsaftalen på demensområdet til godkendelse i hhv. Regionsrådet og de enkelte kommuner. Implementeringen af aftalen overlades efterfølgende til de enkelte klyngestyregrupper.

Bilagene til aftalen ligger på dette link:

<http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/psykiatri/aftale+p%c3%a5+demensomr%c3%a5det>

## **Beslutning**

Praktiserende Lægers Organisation fremhævede, at kompetenceudvikling også gælder de alment praktiserende læger.

Det blev besluttet at:

- Sundhedsaftalen om indsatsen på demensområdet blev godkendt.
- Sundhedsaftalen om indsatsen på demensområdet indstilles til godkendelse i hhv. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne.

**Bilag**

- [Politisk og administrativ del af sundhedsaftale på demensområdet i Region Midtjylland](#)

---

1-30-72-121-09

### 3. Godkendelse af sundhedsaftale om den palliative indsats

<b>Indstilling</b>
--------------------

Sundhedsstyregruppen indstiller, at Sundhedskoordinationsudvalget godkender sundhedsaftalen om den palliative indsats.

#### Sagsfremstilling

Sundhedskoordinationsudvalget vedtog på sit møde den 1. december 2010, at der udarbejdes en sundhedsaftale om den palliative indsats.

En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra klynge-kommunerne (Aarhus, Holstebro (vest), Horsens, Silkeborg, Syddjurs og Viborg), alle hospitalsenheder (specialist-niveau indenfor den palliative indsats), praksissektoren, hospicerne og sundhedsstaben i Region Midtjylland har udarbejdet udkastet til sundhedsaftalen om den palliative indsats.

Sundhedsaftalen består af en politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig del.

Udover at udarbejde sundhedsaftalen, har arbejdsgruppen udarbejdet et notat om lovgivningen på det palliative område, et notat om kompetencer, et notat om inddragelse af frivillige organisationer, en oversigt over hospitalernes tilbud om palliativ fysioterapi og ergoterapi, en foreløbig oversigt over kommunernes tilbud om palliativ fysioterapi og ergoterapi samt en foreløbig oversigt over antal palliative nøglepersoner.

Udformningen af den sundhedsfaglige del af aftalen tager udgangspunkt i indholdet og elementer i den generiske model for forløbsprogrammer. Dette begrundes i, at der snart vil udkomme nationale kliniske retningslinjer for udvalgte områder i den palliative indsats og, at det bliver lettere at indarbejde disse retningslinjer i sundhedsaftalen, efterhånden som de bliver offentliggjort. Det foreliggende udkast til aftale er derfor ikke et forløbsprogram.

Når den generiske model anvendes, skal de sundhedsfaglige indsatser, som kommuner, hospitaler, hospicer og praktiserende læger yder, beskrives. Dette medfører, at den sundhedsfaglige del af aftalen bliver omfattende. Langt hovedparten af de indsatser, der er beskrevet i den sundhedsfaglige del af aftalen, tilbydes i dag. Indsatserne ligger stort set inden for rammen af lovgivningen på det palliative område. Aftalen er således en samordning af de aftaler og indsatser, der er i dag.

Der foreslås følgende nye indsatser i sundhedsaftalen:

#### Kommunerne: Nyt i forhold til gældende praksis:

Aftalens forslag til nye opgaver for kommunerne i forhold til gældende praksis: Ifølge sundhedsaftalen planlægger og indkalder hjemmesygeplejerske til planlægningsmøde med den praktiserende læge, patient og pårørende. Selve planlægningen af mødet vil tage tid, men denne tid vil senere blive "tjent ind" ved, at der er etableret god kommunikation mellem kommunen og den praktiserende læge. Samtidig kan planlægnings-

---

mødet være med til at sikre, at der ikke sker uhensigtsmæssige indlæggelser og, at brugen af åbne indlæggelser reduceres. Hvis Det Palliative Team er inddraget, deltager det i stedet for praktiserende læge.

Det foreslås i sundhedsaftalen, at kommunerne tilknytter en kommunal kontaktperson - en hjemmesygeplejerske - til patienten. Det er ikke et lovkrav, at kommunen tilknytter en kontaktperson, men det vil være med til at sikre en bedre intern og ekstern koordinering samt en bedre sammenhæng i forløbene, når praktiserende læge og hospitalet/Det Palliative Team ved, hvem de skal kontakte i kommunen om en given patient.

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hjemmesygeplejerskerne screener for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af et screeningsskema. Det vil betyde, at hjemmesygeplejerskerne skal introduceres til brugen af screeningsskemaet. Ved at anvende screeningsskemaet sikres en tidlig opsporing af palliative symptomer og en tidlig indsats for patienterne. Dette er med til at give patienterne en bedre livskvalitet, hvilket er et væsentligt element i WHO's målsætning for den palliative indsats. Derudover kan screeningen være med til at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser samt sikre, at patienterne behandles på det rette behandlingsniveau (praktiserende læge eller palliativ team).

Det er nyt i sundhedsaftalen, at der skal være en kommunal palliativ nøgleperson i hver kommune. Nogle kommuner har allerede ansat en palliativ nøgleperson. Den palliative nøgleperson er med til at sikre, at der lokalt hurtigt kan ydes hjælp og støtte til hjemmesygeplejersken og det øvrige plejepersonale, når der er behov herfor. Der udbydes en palliativ nøglepersonuddannelse i Region Midtjylland i dag. Prisen for uddannelsen er kr. 13.404.

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hjemmesygeplejerskerne kan aftale med den praktiserende læge, at Tryghedskassen ordineres. Tryghedskassen består af medicin og sygeplejeartikler, som lægen kan ordinere til patienten til de sidste levedøgn. Nogle kommuner anvender Tryghedskassen i dag, men i de øvrige kommuner skal hjemmesygeplejerskerne introduceres til brugen af Tryghedskassen.

Endeligt er det nyt for den kommunale indsats, at kommunerne tilbyder opfølgningssamtale efter dødsfald i hjemmet efter en palliativ indsats. Nogle kommuner afholder på nuværende tidspunkt disse samtaler.

#### Hospitalerne: Nyt i forhold til gældende praksis:

Aftalens forslag til nye opgaver for hospitalerne i forhold til gældende praksis:

Det fremgår af sundhedsaftalen, at hospitalerne (de relevante sengeafsnit) screener patienterne for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af det screenings-skema, som hjemmesygeplejerskerne anvender.

Det er nyt i sundhedsaftalen, at der skal være en palliativ nøgleperson på de relevante somatiske sengeafdelinger (primært medicinske og kirurgiske). Nogle sengeafdelinger har allerede ansat en palliativ nøgleperson. Der udbydes en palliativ nøglepersonuddannelse i Region Midtjylland i dag. Prisen for uddannelsen er kr. 6.191. Den resterende udgift på kr. 7.213 afholdes af den centrale uddannelsespulje i Region Midtjylland.

#### Almen praksis: Nyt i forhold til gældende praksis:

Aftalens forslag til nye opgaver for de praktiserende læger i forhold til gældende praksis:

---

Det fremgår af sundhedsaftalen, at de praktiserende læger/vagtlæger evt. screener patienterne for palliative behandlingskrævende symptomer ved hjælp af det screeningskema, som hjemmesygeplejerskerne, hospitalerne og hospicerne anvender. Screeningen gennemføres, når den er relevant og hverken hjemmesygeplejersker eller hospitalslæge har screenet patienten. Screeningen er med til at sikre, at patienten tilbydes den rette indsats på det rette behandlingsniveau, at uhensigtsmæssige indlæggelser forebygges og, at brugen af åbne indlæggelser reduceres.

Denne opgave er omfattet af de praktiserende lægers basishonorar.

Derudover er det beskrevet i sundhedsaftalen, at den praktiserende læge deltager i et planlægningsmøde sammen med kommunen.

Sundhedsaftalen lægges i regionens e-dok til brug for hospitalerne og de kommuner, der anvender regionens e-dok. En redigeret version af aftalen lægges på [www.praksis.dk](http://www.praksis.dk) til brug for de praktiserende læger. Det skal afklares, om der udarbejdes en lommedugave til kommunerne.

Aftalen har været til kommentering i Praksisudvalget den 10. oktober 2011. Endvidere besluttede Sundhedsstyregruppens Kontaktudvalg på møde den 12. oktober 2011, at der skulle være mulighed for kommuner og hospitaler at fremsende eventuelle kommentarer til aftalen senest den 3. november 2011.

Efter godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget sendes sundhedsaftalen om den palliative til godkendelse i hhv. Regionsrådet og de enkelte kommuner. Implementeringen af aftalen overlades efterfølgende til de enkelte klyngestyregrupper.

Bilagene til aftalen ligger på dette link:

<http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/aftaler+for+udvalgte+patientgrupper/aftale+vedr-c8-+palliativ+indsats>

## **Beslutning**

Det blev besluttet at:

- Sundhedsaftalen om den palliative indsats blev godkendt.
- Sundhedsaftalen om den palliative indsats indstilles til godkendelse i hhv. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne.

## **Bilag**

- [Sundhedsaftale om samarbejde om den palliative indsats i Region Midtjylland](#)

---

1-00-17-06-V

#### 4. Orientering vedrørende omlægningen af det neurologiske område i Region Midtjylland

##### **Resumé**

<b>Indstilling</b>
--------------------

**at** orienteringen vedrørende omlægningen af det neurologiske område i Region Midtjylland tages til efterretning.

##### **Sagsfremstilling**

Med "Aftale om ændring af budget 2011 og forudsætningerne for budget 2012 for Region Midtjylland" blev der fastsat en spareramme på 20 mio. kr. for det neurologiske område med virkning fra 2012. Regionsrådet har den 26. oktober vedtaget en omlægning, der imødekommer sparekravet, og som er i overensstemmelse med det neurologiske specialråds anbefalinger samt Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade fra juni 2011.

Det vil primært være en omlægning af forløbene for apopleksi (blodpropper i hjernen og hjerneblødninger), der indfrier sparerammen. Omlægningen indebærer, at patienter med mistanke om akut apopleksi fremover skal modtages på hospitaler, der kan tilbyde blodpropopløsende trombolyselbehandling. Trombolyselbehandling tilbydes i dag ved Regionshospitalet Holstebro og Aarhus Universitetshospital, og derfor vil patientgruppen kun modtages på disse to hospitaler fremover. Samlingen betyder, at regionen løfter kvaliteten af den primære udredning og behandling, og det forbedrer samtidig prognosen for patienterne.

Der skal samtidig ske en stor omlægning fra stationære til ambulante forløb gennem etablering af neurologiske dag/TCI-klinikker på afdelingerne i Holstebro og Aarhus. På disse klinikker vil mange patienter med mistanke om apopleksi kunne blive udredt og behandlet ambulant, mens de mere komplicerede patienter skal indlægges. Klinikkerne vil være åbne alle ugens dage i dagtid – uden for dagtid indlægges patienterne. Ved neurologisk afdeling i Viborg vil der være en klinik, der kan behandle patienter med advarselssymptomer på kommende apopleksier og forbigående apopleksier (TCI'er) - en såkaldt TCI-klinik.

Omlægningen af apopleksi-forløbene indebærer et accelereret udrednings- og behandlingsforløb i neurologisk regi, hvorefter patienter sendes tilbage til rehabilitering i regi af et hospital i eget nærområde. Ved alle hospitalsenheder skal der etableres dedikerede udgående apopleksi-teams med henblik på at kunne omlægge til en mere intensiv rehabilitering i eget hjem. Ligeledes skal der ved alle hospitalsenheder være ca. 4-7 senge til rehabilitering på hovedfunktionsniveau, mens der sker en mindre opjustering af antallet af senge til rehabilitering på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Det skal også sikres, at der ikke er ventetid til specialiseret genoptræning.

Med omlægningen vil alle regionens borgere modtage et ensartet tilbud af høj faglig kvalitet, og Region Midtjylland vil videreudvikle de eksisterende positive resultater for behandlingen af apopleksi-patienter. En opgørelse fra 2010 fra det Nationale Indikator Projekt viser f.eks., at 30-dages dødeligheden for patienter, der er behandlet på Aarhus Universitetshospital er næsten 50 % lavere end landsgennemsnittet. Det er en af årsagerne til, at den nye model for apopleksi-forløb bygger på erfaringer fra Aarhus Universitetshospital, herunder erfaringer med udgående apopleksiteams.

Der nedsættes en implementeringsgruppe med hhv. kommunale repræsentanter og repræsentanter fra almen praksis, der skal koordinere de endelige omlægninger.

### **Beslutning**

Kjeld Martinussen orienterede om omlægningen af det neurologiske område i Region Midtjylland, herunder at kommunerne har mulighed for at deltage med 3 repræsentanter i implementeringsgruppen.

Det blev besluttet at:

- Orienteringen vedrørende omlægningen af det neurologiske område i Region Midtjylland blev taget til efterretning.