

# REFERAT



Referat fra møde
Implementeringsgruppen forebyggelse og forløbsprogrammer
Mødedato
15. marts 2017
Mødetid
Kl. 13
Mødested
Regionshospitalet, Herning
Deltagere
Birgitte Ostersen, Ulla Svendsen, Ida Götke, Margit Andersen, Pia Møller, Elin Mogensen, Bodil Overgaard Akselsen, Susanne Rystok, Lene Holm, Lene Møller Holm, Viggo Kragh Jørgensen, Grethe Riksted, Gunna Estridsen, Trine Bloch Hansen (ref.)
Afbud
Peter Seebach

Sagsbehandler  
Trine Bloch Hansen  
Direkte telefon  
99741592  
E-post  
trine.bloch.hansen@rksk.dk  
Dato  
21. marts 2017  
Sagsnummer  
17-011563

## Referat

### 1. Godkendelse af dagsorden

**Indstilling:** At dagsorden godkendes.

Dagsordenen er godkendt.

### 2. Forløbsprogrammet for hjertesygdom

**Indstilling:** At Implementeringsgruppen drøfter de foreløbige resultater af monitoreringen.

**Sagsfremstilling:** Hjerterehabilitering fase 2 er overgået til kommunerne pr. 1. jan 2017. Forløbet evalueres i samarbejde med et IHI team i USA med udgangspunkt i en triple aim tankegang. Der er opstillet procesmål og kvalitetsmål:

- Procesmål (antal henviste og antal deltagere). Følges månedsvis fra 1. kvartal 2017 – første gang 23/1 og herefter hver den 15. i måneden.
- Kvalitetsmål (andel henviste, der deltager; andel trænende, der øger arbejdskapacitet med min. 10 % samt andel trænende, der deltager i min. 80 % af de planlagte træningsgange). Følges månedsvis fra 2. kvartal 2017 – første gang 15/4 og herefter hver den 15. i måneden.

Defactum leverer løbende data, de første opgørelser af data for januar og februar præsenteres til mødet.

Hjerteforeningen har forskningsprojekt i støbeskeen, hvor effekten af anvendelse af læring-mestring i rehabilitering undersøges i forhold til rehabilitering på klassisk niveau. Nærmere orientering følger på mødet.

## Referat:

Der har netop været afholdt møde i arbejdsgruppen. Det er hensigtsmæssigt, at gruppen fortsætter foreløbigt året ud, da der stadig er nogle ting, som ikke er helt på plads.

Fase 2 hjerterehabiliteringen er kommet godt i gang i kommunerne. Der er mange borgere, som deltager i træningen og nogle er blevet afsluttet. Opgørelse over antal deltagere i de enkelte kommuner er vedlagt som bilag.

Der er en udfordring i måden, som genoptræningsplanerne/henvisningerne sendes på. Derfor har arbejdsgruppen undersøgt, hvordan man gør i de øvrige klynger. Den foreløbige konklusion er, at der er bedst at fastholde, at der både sendes en genoptræningsplan og en henvisning, for at sikre at alle bliver set det rigtige sted. Det er desuden forskellige oplysninger i de to dokumenter.

Fra Århus sendes der kun specialiseret genoptræningsplaner, hvilket er en stor udfordring for både kommuner og Hospitalsenhed Vest (HEV), idet kommunerne ikke reagerer på specialiseret genoptræning og borgerne skal derfor omkring HEV, før de kan komme til hjerterehabilitering i kommunerne. Når borgerne kommer til HEV skal de omkodes i systemet for at blive placeret rigtigt.

De laves opfølgning på de forskellige indikatorer for proces- og kvalitetsmål for hjerterehabilitering. Nogle af indikatorerne måles og indberettes af sygehuset og nogle af kommunerne. I implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer følges op på om flere af indikatorerne bliver grønne. De første foreløbige data fra kommunerne kan være klar i juni. Der kan tidligst være fælles opfølgning på data fra kommuner og hospital i 3. kvartal. De kommunale indikatorer indtastet i "Rød Moeva" men der kan være mindre afvigelser, som skyldes forskellige udtræk. Arbejdsgruppen tænker over en meningsfuld måde at præsentere data for resten af implementeringsgruppen.

Gunna forsøger at få rapporter på, hvor mange der bliver i specialiseret genoptræning og hvor mange der sendes til kommunerne. Det vil være interessant at se om det, at hjerterehabilitering er flyttet til kommunerne gør, at flere siger ja til at deltage.

Der stilles spørgsmål til overvejelse, om dem, der takker nej til fase 2 specialiseret hjerterehabilitering på hospitalet på grund af afstand, skal deltage i de kommunale tilbud. Overvejslen går på på den ene side om det er den nødvendige kompetence i kommunerne og på den anden side om det er bedre at patienterne får et tilbud i kommunerne end, at de slet ikke deltager i hjerterehabilitering.

Forskningsprojektet er stadig i støbeskeen. Mødet, hvor det videre skal drøftes er udsat til slutningen af marts, og der er derfor ikke noget nyt at fortælle. Kort fortalt skal der laves et komparativt studie med klassisk undervisnings sammenlignet med undervisnings efter Læring- og Mestring i kommunerne.

Der spørges til om de artikler, som Vibeke Lyngmark har skrevet i forbindelse med sin Ph.D. kan gøres tilgængelige sammen med øvrig information om Læring og Mestring. Ulla vil drøfte dette med Vibeke.

### 3. Forløbsprogrammet for diabetes

**Indstilling:** At gruppen godkender model for den fremtidige organisering af diabeteskoler samt beslutter hvordan overgang til ny struktur etableres.

**Sagsfremstilling:** Som opfølgning på sidste møde har Regionen internt drøftet og afklaret den regionale forpligtelse i forhold til det reviderede Forløbsprogram for Diabetes. Den sygdomsspecifikke del af undervisningen er en regional opgave, og den sundhedsfaglige rehabilitering, som bl.a. indeholder kostvejledning og fysisk træning kan med fordel foregå i kommunalt regi.

Den Faglige arbejdsgruppe for Diabetes har på den baggrund udarbejdet et forslag til en overordnet model for den fremtidige organisering af diabeteskoler.

Diabeteskoler fortsætter i sin nuværende form t.om. 2 kvartal.2017, og herefter dvs. fra 3.kvartal 2017 er oplægget, at diabeteskolerne fysisk placeres i kommunerne med deltagelse af diabetessygeplejersken fra Regionen, som varetager den sygdomsspecifikke del af undervisningen. Det betyder en ny struktur med nye arbejdsgange i forhold til henvisning, hvorfor der er behov for en drøftelse af, hvordan overgangen håndteres, så det bliver så smidigt som muligt.

#### Referat:

Der lægges op til at diabeteskolerne flyttes ud til kommunerne og at den sygdomsspecifikke undervisning foretages af hospitalets diabetessygeplejersker. Denne undervisning kan foretages på 1-2 undervisningsgange og det foreslås at de to nuværende diabetessygeplejersker deler kommunerne imellem sig. Bodil skriver et notat om inden for hvilke rammer kommunerne kan benytte sig af diabetessygeplejerskerne fra hospitalet, heri skal indgå hvilke kommuner der kan benytte sig af hvilken diabetessygeplejerske og i hvilket omfang.

Den sidste diabeteskole afholdes på hospitalet i uge 25. Der er aktuelt 40 pladser tilbage. Herefter skal henviste borgere henvises til kommunerne. Det foreslås, at når de sidste pladser er optaget sendes en besked tilbage til den henvisende læge om, at borgere fremover skal henvises til tilbud i kommunen. Der laves en orientering til klyngestyregruppen. Der skal også udarbejdes information til de praktiserende læger, så de ved hvor de skal henvise borgere med diabetes til. I information skal der stå, at kommunerne har tilbud til diabetikere fra efteråret 2017. Informationen skal sendes ud i starten af juni. Gunna og Bodil skriver et udkast til information af til de praktiserende læger. Udkastet sendes til Viggo og Ulla, som gennemser fra hhv. læger og kommuner.

Kommunerne bør allerede nu begynde at planlægge, hvordan de vil gennemføre diabetesforløb efter sommerferien. Det behøver ikke at være ens tilbud i alle kommuner, det overordnede indhold bestemmes af forløbsprogrammet for diabetes. Steno og Diabetesforeningen har gode undervisningsprogrammer til inspiration. I Lemvig har man forsøgt sig med aftenundervisning med forskellige temaer, som man kan deltage i uden at behøve at følge et hold. Der er god deltagelse på denne model. Der kan også søges inspiration i udgivelse fra Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og->

[behandling/kronisk-sygdom/faglige-anbefalinger/~/\\_media/953971AACEBF43FFBA2ADDB4DBFCF5B7.ashx](http://behandling/kronisk-sygdom/faglige-anbefalinger/~/_media/953971AACEBF43FFBA2ADDB4DBFCF5B7.ashx)

Der er enighed om, at det kan være gavnligt med fælles skolebænk med diabetes 1-2 dage. Arbejdsgruppen planlægger en sådan. Diabetesforeningen vil formentlig gerne deltage i planlægningen af fælles skolebænk. Lone Viggers fra Ernæringsenheden indgår i arbejdsgruppen og kan være behjælpelig med, hvad der er undervist i fra ernæringsenheden.

#### 4. Mens Health Week 2017.

**Indstilling:** At Implementeringsgruppen tager stilling til evt. deltagelse i Mens Health Week 2017 og drøfter behovet for at etablere et samarbejde.

**Sagsfremstilling:** Til mødet den 15.dec blev drøftet muligheden for deltagelse i Mens Health Week 2017, som afholdes den 12 – 18.juni. Temaet for ugen er "Manden som far og Mænds Sundhed". Hospitalet er i dialog med føde- og barselsafdeling om mulighed for deltagelse - endelig tilbagemelding foreligger til mødet.

#### Referat:

I 2017 er der fokus på fædre i Mens Health Week. Det har kommunikationsafdelingen og Barselsgangen på Hospitalsenhed Vest taget til sig, og der vil derfor på Barselsgangen i uge 24 komme fokus på "længe leve far" med forskellige happenings. Kommunerne vil gerne støtte op om formidling af aktiviteter, hvor det er relevant. Kommunerne orienterer egne sundhedsplejersker og der kan desuden orienteres i implementeringsgruppen for børn og unge.

#### 5. Forebyggende hjemmebesøg

**Indstilling:** At Implementeringsgruppen drøfter muligheden for samarbejde omkring forebyggende hjemmebesøg.

At Implementeringsgruppen godkender pjecen om lovpligtige forebyggende hjemmebesøg.

**Sagsfremstilling:** Forebyggende hjemmebesøg tilbydes jvf. Lov om Social Service §79a til:

- Borgere i det fyldte 75 år
- Årligt til borgere der er fyldt 80 år
- Borgere mellem 65 og 79 år der er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk og fysisk funktionsevne.

Tilbuddet er til borgere, som ikke i forvejen modtager personlig pleje og praktisk bistand.

Udfordringen for kommunerne kan være at opspore de borger, som vil have behov og udbytte af et forebyggende hjemmebesøg. Hvor i sundhedsvæsenet møder vi denne målgruppe af borger, og hvordan kan samarbejdet omkring de forebyggende hjemmebesøg øges?

Pjecen om lovpligtige forebyggende hjemmebesøg er rettet til, så den henvender sig til borgeren

### **Referat:**

Folderen er nu rettet til, så den henvender sig til borgere og godkendt. Folderen kan nu sendes ud til opholdsstuerne på de enkelte afdelinger og lægges i E-doc. Samtidig med, at folderne sendes ud til afdelingerne i trykt form, sendes et brev til afdelingssygeplejerskerne, som grundigt informerer om forskellen på de opfølgende og de forebyggende hjemmebesøg. Her nævnes også, at de forebyggende hjemmebesøg er et tilbud til dem, som ikke er berettiget til et opfølgende hjemmebesøg, men hvor der stadig er en bekymring for borgeren. Gunna sørger for dette. Hospitalet kan give besked til kommunerne via kommunehenvisning eller borgerne/deres pårørende kan opfordres til selv at tage kontakt til egen kommune.

Det er i øvrigt drøftet om personalet på ambulatorierne også skal informeres, men det vurderes, at siden patienter, som kommer i ambulatorierne også er i kontakt med egen læge vil det være mest naturligt at det er egen læge, som informerer om tilbuddet.

De praktiserende læger kan informeres via den kommunale praksiskonsulent.

## **6. Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud**

**Indstilling:** At Implementeringsgruppen drøfter resultatet af opgørelsen og tager stilling til den fremadrettede registrering af henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.

**Sagsfremstilling:** Den årlige status på antallet af henvisninger fra hospitalet og praktiserende læger til kommunale forebyggelsestilbud er opgjort. Som det fremgår af vedlagte bilag, er der stor forskel på de indberettede data samt problemer med at trække data og skelne mellem de forskellige typer af henvisninger. Hvordan kan der fremadrettet foretages en ensartet registrering og opgørelse, således at der skabes valide data.

### **Referat:**

I sundhedsaftalen er der et mål om, at flere henvises fra hospital og privatpraktiserende læge til kommunale forebyggelsestilbud.

Kommunerne har forsøgt at lave en baseline på antal henvisninger, men det har vist sig, at der er uklarhed om, hvad der skal registreres i opgørelsen. Derfor tages punktet op til drøftelse næste gang. Ulla, Gunna og Trine laver et udkast til drøftelse, hvor det overvejes hvad registreringen af henvisninger skal bruges til, og hvordan det så skal opgøres.

## 7. Monitoreringsprodukter

**Indstilling:** At implementeringsgruppen drøfter anvendelsen af monitoreringsprodukter.

**Sagsfremstilling:** Kommunerne modtager mange henvendelser fra forskellige firmaer omkring monitoreringsprodukter fx. i forhold til kronikere. Hvordan sikres fælles monitoreringsprodukter, således at det ikke bliver mange forskellige elementer der anvendes.

### Referat:

Ringkøbing-Skjern Kommune har oplevet en del henvendelser vedrørende diverse apps og elektroniske monitoreringsprodukter. Der spørges til om andre kommuner har erfaringer med nogle af disse produkter.

Enkelte kommuner har prøvet nogle af disse produkter, og erfaringen er, at produktet bliver solgt som "en måde at kunne rådgive flere borgere mere effektivt", men erfaringerne fra kommunerne er, at det i stedet er en anden gruppe borgere man får fat i med disse metoder. Det er ofte borgere, som egentlig godt selv kan opsøge den viden, de har behov for, og brugen af produkterne ligner derfor mere en serviceudvidelse end en effektivisering.

Der er enighed blandt kommunerne om, at det er mere relevant at se på monitorering i samarbejdsrelationer frem for kommunerne enkeltvis.

## 8. Fremtidig organisering omkring Sundhedsaftaler.

**Indstilling:** At orienteringen tages til efterretning.

**Sagsfremstilling:** I regi af klyngestyregruppen pågår en proces med udarbejdelse af ny fremtidig organisering omkring Sundhedsaftaler i Vestklyngen. Til mødet gives en orientering om det foreløbige udspil.

### Referat:

Der er nuværende truffet beslutning om en organisering bestående af tre niveauer:

- 1) Klyngestyregruppe, som består af direktører o.l. og arbejder på et strategisk plan
- 2) Medlemmer bestående af chefer og ledere med faglig indsigt og en vis beslutningsmyndighed Der arbejdes på et strategisk-operationelt niveau. Det forventes at niveau 2 deles i tre grupper som kommer til at beskæftige sig med hhv. børn, voksne og beskæftigelse. Sundhed kommer til at indgå i alle tre grupper.
- 3) Udviklingsgrupper og Implementeringsgrupper som fungerer på et operationelt niveau.

Endnu er det ikke besluttet, hvornår den nye organisering træder i kraft. Derfor planlægges møder i implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer året ud.

## 9. Forløbsprogram for KOL

**Indstilling:** At orienteringen tages til efterretning.

**Sagsfremstilling:** Forløbsprogram for KOL forventes godkendt på næste møde i Sundhedsstyregruppen som afholdes den 19. maj.

### Referat:

Det forventes at forløbsprogrammet godkendes til maj.

Der har været mange indsatser på KOL-området men det er svært at se en forbedring i sundhedstilstand eller livskvalitet.

Lungeforeningen har udgivet en rapport om palliativ indsats til KOL-patienter:

[https://www.lunge.dk/sites/default/files/rapport\\_palliativ\\_indsats\\_til\\_kol-patienter.pdf](https://www.lunge.dk/sites/default/files/rapport_palliativ_indsats_til_kol-patienter.pdf)

## 10. Evt.

Intet at bemærke.

