

REFERAT



Referat fra møde
<u>Implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer</u>
Mødedato
<u>15. september 2016</u>
Mødetid
<u>Kl. 13-15</u>
Mødested
<u>Regionshospitalet Herning</u>
Deltagere
<u>Ulla Svendsen; Ida Götke; Birgitte Ostersen; Bodil Overgaard Akselsen; Peter Seebach; Lene Møller Holm; Elin Mogensen; Susanne Rystok; Margit Andersen; Pia Møller; Lene Holm; Grethe Thingskov Riksted</u>
Bemærkninger
<u>Afbud: Viggo Kragh Jørgensen</u>

Sagsbehandler
Trine Bloch Hansen
Direkte telefon
99741592
E-post
trine.bloch.hansen@rksk.dk
Dato
20. september 2016
Sagsnummer
16-031970

REFERAT

1. Godkendelse af dagsorden

Dagsorden godkendt.

2. Hjerteforeningen som lokal samarbejdspartner

Indstilling: Orientering.

Sagsfremstilling: Hjerteforeningen åbner en satellit med lokal rådgivning, som placeres i Holstebro Kommune. Under punktet deltager Hanne Andersen fra Hjerteforeningen og orienterer om baggrund og formål med den lokale rådgivning, hvor og hvornår de er til stede, faste- og ad hoc tilbud samt samarbejdsmuligheder med kommunerne i Vestklyngen.

Referat:

Hjerteforeningen er gået fra at være en patientforening til at være en interesseorganisation og ønsker i denne anledning et større samarbejde med blandt andet regioner og kommuner.

I samarbejde med Holstebro Kommune starter Hjerteforeningen en afdeling med lokalrådgivning for de Vestjyske Kommuner og HEV. Afdelingen startes op d. 1. oktober. Rådgivningen er for både borgere og fagpersoner. Rådgivningen er gratis og foretages af professionelle. Der er mulighed for at få rådgivning af sygeplejersker, diætister, fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere. Der startes op med mulighed for vejledning i Holstebro 1 gang om måneden, men niveauet kan justeres efter behov. Det anbefales, at borgere, som ønsker en samtale, booker tid i forvejen, for ikke at risikere at køre forgæves.

Lokalrådgivningen deltager også gerne i relevante arrangementer.

Hjerteforeningen har et ønske om at gøre en særlig indsats i forbindelse med Mens Health Week i 2017. Punktet sættes på dagsordenen i Implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer til mødet i december.

Oplægget fra Hanne er vedlagt som bilag 1.

3. Samarbejde med regionen om diætistopgaver.

Indstilling: At gruppen drøfter erfaringer med henvendelse til kommunal diætist vedrørende borgere med specialiseret ernæringsbehov.

Sagsfremstilling: Kommunerne modtager henvendelser fra regionen vedrørende diætistopgaver på borgere med specialiseret ernæringsbehov. Der opstår et dilemma, da kommunerne oplever, at det ikke er deres forpligtelse i forhold til den paragraf, der arbejdes under i Sundhedsloven, og regionen henviser til anbefalinger i nationale retningslinjer og opfølgingsprogrammer.

Referat:

Kommunerne har oplevet eksempler på patienter med specialiseret ernæringsbehov, som er blevet henvist til diætist i kommunen. Der har i henvisningen været en forventning om at opgaven løses kommunalt, da opgaven i visse nationale vejledninger beskrives som en kommunal opgave, men det er ikke en opgave, som foretages i kommunerne. Der har ikke været problemer med efterfølgende at få de pågældende patienter sendt det rigtige sted hen.

Fremover forventes et regionalt visitationsudvalg at tage stilling til de nationale vejledninger og derudfra udarbejde retningslinjer, som passer til de regionale forhold.

Aktuelt undersøger Birgitte og Gunna om de vejledninger, som hospitalspersonalet anvender, er opdaterede og dækkende for hvilke opgaver, der fortsat foretages af ernæringsenheden, og hvilke opgaver, der kan henvises til i kommunerne.

Specialiseret ernæringsterapi og diætbehandling skal foretages i regionalt regi.

4. Forebyggende hjemmebesøg

Indstilling: Opfølgning og orientering.

Sagsfremstilling: Ved mødet den 22. juni i implementeringsgruppen blev den ændrede lovgivning vedr. forebyggende hjemmebesøg præsenteret. En ændring som betyder udover, at alle borgere der fylder 75 år skal tilbydes et forebyggende hjemmesøg og borgere over 80 år skal tilbydes det hvert år, skal særligt udsatte fra 65 år også skal tilbydes et forebyggende hjemmebesøg.

Der blev aftalt, at kommunerne udarbejder en samlet folder med beskrivelse af kommunernes tilbud i forhold til forebyggende hjemmebesøg bl.a. som information til hospitalets ansatte. Lene Holm vil på mødet give en tilbagemelding.

Referat:

Tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg er henvendt til patienter, som ikke modtager konkret hjælp, når de kommer hjem, men hvor der stadig er en bekymring. Forebyggende hjemmebesøg kan ikke komme på sundhed.dk.

Tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg beskrives på HEV's hjemmeside og facebookside og i nyhedsbrev. I orientering til personalet beskrives forebyggende hjemmebesøg sammen med opfølgende hjemmebesøg, for at personalet skal kunne se forskellen på de to. De fire punkter på udkastet kan fremhæves - 1. Hvor der er bekymring over situationen i hjemmet; 2. Hvor nær pårørende er indlagt og/eller alvorligt syg; 3. Ved tab af nær pårørende; 4. Hvor der opleves særligt behov for opfølgning efter udskrivelse og hvor borgere ikke er berettiget til opfølgende hjemmebesøg af egen læge eller sygeplejen.

Teksten sættes ind i en folder i lighed med dem for stomi og kronisk sygdom og kan placeres sammen med øvrige foldere til pårørende og patienter. Margit sender publisher-filen for kronisk sygdom til Lene Holm, som vil sætte teksten vedrørende forebyggende hjemmebesøg ind i en folder, som efterfølgende kan placeres sammen med øvrige foldere til patienter og pårørende.

5. Forløbsprogram for diabetes

Indstilling: At gruppen drøfter tidsplan for implementering af det reviderede forløbsprogram for diabetes.

Sagsfremstilling: Det reviderede forløbsprogram for diabetes er godkendt regionalt samt i Vestklyngens kommuner. Man afventer en endelig melding fra KOSU, at alle kommuner politisk har godkendt forløbsprogrammet.

Medicinsk diabetes ambulatorium og Ernæringsenheden efterspørger et forventet tidspunkt og plan for implementering af det reviderede forløbsprogram, da det har betydning for planlægning af fremtidige diabeteskoler.

Referat:

Margit fremhæver nogle af de vigtigste ændringer i forløbsprogrammet for diabetes:

- Det er blevet mere op til den enkelte praktiserende læge at vurdere hvilken type patientuddannelse den enkelte patient har brug for.

- Tidligere skulle alle henvises til den regionale diabeteskole, men nu kan egen læge vurdere om det vil være mere relevant at anbefale at patienten deltager i de kommunale diabetes-tilbud.
- Der står ikke noget om at diabeteskolerne skal flyttes ud i kommunerne, men man kan vælge at tage geografiske hensyn i planlægningen af diabeteskolerne.

I Vestklyngen har der allerede været patienter i kommunale tilbud, som burde have været på diabeteskole. Det er dog en udfordring i kommunerne, at der kun henvises få til diabetesforløb. I Lemvig har man forsøgt med en ordning, hvor interesserede kan melde sig til de enkelte undervisningsaftner i stedet for at deltage i et helt forløb. Denne model fungerer umiddelbart godt.

Det endelige godkendte forløbsprogram er udsendt i uge 37.

Der nedsættes en arbejdsgruppe, som går i dybden med det reviderede forløbsprogram og kommer med en beskrivelse til hvordan samarbejdet skal være fremadrettet. Arbejdsgruppen skal blandt andet undersøge hvad Diabetesforeningen kan bidrage med, f.eks. af undervisning og konkretisere hvilke muligheder de praktiserende læger har for henvisning af patienter.

I arbejdsgruppen deltager: Viggo Kragh Jørgensen (praksiskonsulent), Bente Vig (diabetesambulatoriet), Lone Viggers (ernæringsenheden), Susanne Rystok (Ringkøbing-Skjern Kommune), Margit Andersen (Ikast-Brande Kommune), Gunna Andersen (Kvalitet og udvikling HEV). Desuden evt. en repræsentant fra en diabetesforening. HEV (Gunna) er tovholder på gruppen.

Arbejdsgruppen udarbejder materiale som sendes til øvrige deltagere i implementeringsgruppen og godkendes pr. mail. Deadline er 1. december.

Planlægningen af diabeteskoler i 2017 skal fortsætte som tidligere indtil andet meldes ud.

6. Forløbsprogram for hjertesygdom

Sagsfremstilling: At gruppen drøfter og beslutter endelig plan for opgaveoverdragelsen.

Indstilling. Den faglige arbejdsgruppe for hjerterehabilitering har udarbejdet undervisning og uddannelsesplan, som afvikles i november og december, samt en beskrivelse af arbejdsgange for henvisninger til hjerterehabilitering.

I arbejdsgruppen er drøftet, hvordan håndteres overgangen 1/1-17, hvor nogle patienter vil være påbegyndt eller skal påbegynde et forløb på hospitalet. Der er behov for en beslutning og endelig plan for opgaveoverdragelsen.

Referat:

Gruppen kommenterer at undervisningsprogrammet ser godt ud – Flot arbejde!

Ved modul 3 står at målgruppen er diætister, som underviser på hjerterehabilitering. Dette ønskes ændret til sundhedsprofessionelle, som underviser i ernæring. Modulet er ikke kun for diætister.

Horsensklyngen deltager på 3 af modulerne.

Der vil komme watt-max undervisning for terapeuter i hele regionen. Datoerne er meldt ud. Når fase 2 hjerterehabilitering er kommet godt i gang i kommunerne kan der, hvis der er interesse for det, laves undervisning i den teoretiske baggrund for brug af watt-max-testen.

Kommunerne opfordres til snart at finde ud af, om de er interesserede i delestillinger med hospitalerne eller om de evt. er interesserede i at leje personale fra hospitalerne i en overgangsperiode.

Det drøftes hvordan overgangen af fase 2 fra hospital til kommune bedst arrangeres. Der er enighed om, at det er nødvendigt med en glidende overgang, således at patienterne får et helt forløb samme sted.

De patienter, som starter forløb på hospitalet skal altså også afsluttes her, eller kan evt. tilbydes at fortsætte forløbet i kommunen. Det er også mest hensigtsmæssigt at patienter, som skal på forløb i kommunen også kommer til samtale der. Det vil samlet betyde at nogle patienter starter med samtaler i kommunen allerede i december og at nogle forløb på hospital først afsluttes i januar.

Vejledende tidspunkt for afholdelse af startsamtale efter udskrivelse kan til dels benyttes som retningslinje for hvilke patienter, der starter op på hospitalet og hvilke der starter op i kommunerne.

Der er fælles kommunemøde d. 6. oktober hvor overgangen af fase 2 hjerterehabilitering fra regioner til kommuner skal drøftes.

Nogle patienter skal fortsætte ved diætist i regionalt regi imens den øvrige del af hjerterehabiliteringen foregår i kommunalt regi. Der er nedsat en arbejdsgruppe fra regionen, som skal finde ud af, hvordan det fremover sikres, at patienterne sendes de rigtige steder hen og at ingen bliver overset imellem systemerne.

Datoer for undervisning vedrørende monitorering er sendt ud til kommunerne.

Når hjerterehabiliteringen flyttes ud til kommunerne undervises der fortsat efter lærings- og mestrings-principperne.

Mestring.dk er nu blevet synlig.

På lærings-mestrings-temadagene udveksles der erfaringer vedrørende erfarne patienter.

Ph.D.-projektet om læring og mestring på hjerterehabilitering kan evt. være et punkt på fælles skolebænk.

7. Status på implementering af Sundhedsaftalen

Indstilling. Drøftelse og status på implementering af Sundhedsaftalen i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse.

Sagsfremstilling. Implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer har eksisteret i et år. Til mødet ønskes en status på hvor langt er gruppen i forhold til implementering af sundhedsfremmende og forebyggende tilbud jvf. Sundhedsaftalen, og hvilke fremadrettet tiltag skal iværksættes.

Referat:

Sundhedsaftalen pkt. 3.2. – Flere henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud

Punktet tages op på møde i implementeringsgruppen i december. Kommunerne undersøger forud for mødet, om de har fået flere henvisninger fra praktiserende læger og hospital til forebyggende tilbud.

Sundhedsaftalen pkt. 3.3. – Styrket forebyggelsesindsats overfor borgere med psykisk sygdom

Varetages af implementeringsgruppen for psykiatri.

Sundhedsaftalen pkt. 3.4. – Forebyggelse af langtidssygemelding hos borgere med psykisk sygdom

Varetages af implementeringsgruppen for psykiatri.

Sundhedsaftalen pkt. 3.5 – Indsatser i forhold til rygning, alkohol og overvægt

Rygning: Er i gang via Storrygerprojektet

Alkohol: Dette har der ikke været så meget fokus på i implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer. Emnet tages op på et senere møde.

Overvægt: Dette har der ikke været så meget fokus på i implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer. Dog har overvægt hos børn været drøftet i implementeringsgruppen for børn og unge. Emnet tages op på et senere møde. Der kan f.eks. være fokus på om det er let at henvise fra region til kommuner, i stil med VBA-metoden for rygning.

Sundhedsaftalen pkt. 3.6. – Styrket forebyggelse for unge

På mødet d. 22. juni blev implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer præsenteret for projektet UngMod 24-7. Projektet følges og evalueringen tages op på et senere møde.

Sundhedsaftalen pkt. 3.7. – Styrket forebyggelsesindsats for mennesker med en eller flere kroniske og langvarige sygdomme

Indsatser er i gang og drøftes løbende i implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer.

Sundhedsaftalen pkt. 3.8. – Styrket forebyggelse forud for operation

Emnet tages op på et senere møde. Der kan f.eks. tages udgangspunkt i projekt fra Lemvig Kommune om træning før operation.

Sundhedsaftalen pkt. 3.9. – Den regionale rådgivningsforpligtelse

Drøftes løbende i klyngestyregruppen.

Sundhedsaftalen pkt. 3.9.1. – Forskning, kvalitetsudvikling og dokumentation

Er i gang. Eksempler er SATS-pulje vedr. Den ældre medicinske patient, Folkesundhed i midten, Kultur og organisering.

8. Fremtidig struktur og organisering af Sundhedssamarbejdet

Indstilling: Orientering

Sagsfremstilling. Ny regional struktur og organisering af Sundhedssamarbejdet er på vej. Klyngestyregruppe i Vestklyngen drøfter på mødet 7. september den fremtidige organisering samt Implementeringsgruppernes eksistens og virke frem til den endelige vedtagelse af den nye regionale struktur, så arbejdet ikke sættes på standby i overgangsperioden.

Referat:

Det forventes at temagrupperne nedlægges og at klyngestyregrupperne får flere opgaver. Det er hensigten at der ikke skal være for mange faste grupper, men i stedet ad hoc grupper i forhold til bestemte opgaver.

Indtil andet er bestemt fortsætter implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer som hidtil.

Se bilag 2 for oversigt over den nye organisering.

9. Telemedicin til borgere med KOL

Indstilling. At gruppen drøfter den Nationale handlingsplan for telemedicin til borger med KOL.

Sagsfremstilling. Regeringen, KL og Danske Regioner har indgået aftale om at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i hele landet inden udgangen af 2019.

I Region Midtjylland er der nedsat en programstyregruppe, der har ansvaret for at definere rammerne for den telemedicinske indsats i regionen. De lokale klyngestyregrupper vil – inden for de af styregruppen formulerede rammer – være ansvarlige for den praktiske gennemførelse og lokale implementering af indsatsen.

Referat:

Telemedicin til KOL-patienter er en national satsning, som skal implementeres inden 2019. Den vedlagte business-case er fra Nordjylland og viser ingen økonomiske fordele. Der er endnu ikke truffet beslutning om hvilken model, der skal anvendes i Region Midt. Der mangler en regional ramme før opgaven kan drøftes i implementeringsgruppen for forebyggelse og forløbsprogrammer. HEV holder løbende gruppen opdateret. Opgaven kan også høre til i implementeringsgruppen for behandling, pleje, rehabilitering og træning.

KOL-temadagen foråret 2017:

Kommunernes deltagelse i planlægningen plejer at gå på skift, således at hver kommune deltager to år, men udskiftes på skift. Til planlægning af seneste temadag deltog en repræsentant fra Ikast-Brande Kommune og Ringkøbing-Skjern Kommune.

Til planlægning af temadagen i foråret 2017 deltager en repræsentant fra Ringkøbing-Skjern Kommune og Holstebro Kommune.

10.Evt.

Punkter til næste møde:

Mens Health Weeke 2017

Opfølgning på sundhedsaftalen – 3.1. Henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud fra praktiserende læger og hospital.

Punkter til fremtidige møder:

Opfølgning på Sundhedsaftalen:

- 3.5. – Indsatser i forhold til alkohol
- 3.5. – Indsatser i forhold til overvægt
- 3.6. – Styrket forebyggelse for unge – opfølgning på UngMod 24-7
- 3.8. – Styrket forebyggelse forud for operation

Hjerteforeningens rådgivning.

Samarbejde med kommuner



Hvad tilbyder vi kommunens medarbejdere

Gratis undervisning, kompetenceløft og faglig sparring. Fx viden og anbefalinger om forebyggelse, håndtering af psykiske eftervirkninger til en hjertesygdom og det at være pårørende.

- ♥ Undervisning og kompetenceudvikling til medarbejdere i kommunerne inden for hjerte-kar-området
- ♥ Kommunens sundhedsprofessionelle medarbejdere får tilbud om at deltage i Hjerteforeningens nationale sundhedskonferencer og faglige netværk
- ♥ Rehabiliterings- og patientuddannelsesmoduler sammen med kommunens medarbejdere med fokus på læring og supervision
- ♥ Dialog om indhold og udmøntning af forløbsprogrammer
- ♥ Professionel sparring og rådgivning

Tilbud om gratis undervisning for kommunens medarbejdere

Eksemplariske temaer :

- Fysisk træning til patienter med blodprop i hjertet
- Hjertesund kost, viden, vejledning og motivation
- Psykologiske reaktioner, angst og depression
- Hjertesvigt, hvad siger guidelines om symptomer, behandling og hvordan håndteres hverdagen?
- Tilbage på arbejdet.
- Hjertesygdom- parforhold og sex

Kan være for en enkelt kommune eller flere af nabokommunerne.

Hvad tilbyder vi borgere med hjertesygdom

- Telefonisk
- Online
- Mail
- Aftalt rådgivning i en af Hjerteforeningens 12 rådgivninger
- Frivillige aktiviteter i Lokalforenings regi f.eks. hjertecafeer, gåture på Hjertestier



Temamøder

Eksempler

Forkammerflimmer / atrieflimren

En følelse af at hjertet "springer et slag over", eller "løber for stærkt"

1. møde: Hvad er atrieflimren herunder symptomer og behandling?
2. møde: Psykologiske aspekter og livsstilens betydning

Livet med Hjertesvigt

Pumper dit hjerte med nedsat kraft?

Hvad betyder det at have nedsat hjertepumpefunktion

1. møde: Hvad er hjertesvigt, symptomer og behandling?
2. møde: Hverdagslivet med hjertesvigt herunder tæthed, rejser, anbefalinger for motion og kost

Aftaler på nuværende tidspunkt:

- ♥ Rådgivning i Holstebro i Træningshuset første torsdag i måneden kl. 12-16. Start pr. 1/10-2016
- ♥ 2 sammenhængende temamøder på samme torsdage i november og december omkring afli (forkammerflimmer)
- ♥ Psykologen underviser på skolebænken d. 3/11
- ♥ Flere undervisere fra HF på kurserne omkring implementering af forløbsprogrammet.

Ønsker:

Samarbejde omkring Mens Health Week i maj måned

2 cafeer i samarbejde med Holstebro kommune i foråret.



Ny organisering af det tværsektorielle sundhedssamarbejde 1/9/2016

Jf. Sundhedsloven §205 skal der udarbejdes en sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne. I regi af sundhedsaftalen har kommunerne, regionen og almen praksis en samarbejdsorganisation, der pr. 1/9/16 er tilpasset aktuelle behov for:

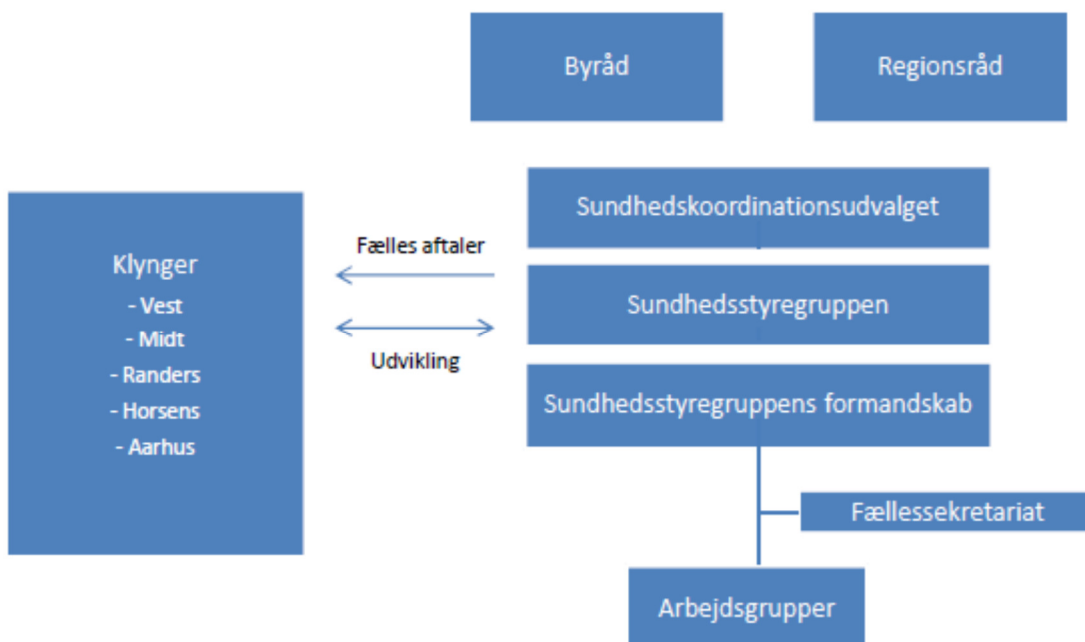
- et mere agilt set-up, der både kan sikre udviklingskraft og ejerskab lokalt (kommune-/hospitals-/klyngeniveau) samt beslutningskraft i forhold til fælles forpligtende aftaler på tværs og udmøntning af én fælles sundhedsaftale
- et effektivt samspil mellem det centrale niveau og klynger med ejerskab på alle niveauer (politisk og administrativt) og større grad af udvikling i klyngerne.

De centrale elementer i den ny organisering er:

- at fælles aftaler og skal-opgaver løftes i regi af Sundhedsstyregruppen
- at udviklingsopgaver som hovedregel placeres i klyngerne – og at klyngerne udvikler for fællesskabet med henblik på efterfølgende spredning
- at temagrupperne nedlægges
- at faste grupper udelukkende findes på enkelte specifikke områder (Fødeplanudvalget, arbejdsgruppe til løbende ajourføring af fælles afklaringskatalog om hjælpemidler og behandlingsredskaber, hjerneskadesamråd voksne, hjerneskadesamråd børn og teknisk-administrativt udvalg på tandområdet)
- at der ved behov nedsættes midlertidige opgavefokuserede arbejdsgrupper
- at arbejdsgrupperne sammensættes af ressourcpersoner primært ud fra kompetencer
- at klyngerne suppleres med repræsentanter fra psykiatri-, social- og arbejdsmarkedsområdet
- at den tværgående koordinering og opfølgning sker via Fællessekretariatet
- at der i klyngerne etableres én indgang, som Sundhedsstyregruppen/Fællessekretariatet kan anvende ved kontakt med klyngen.

Overordnede ansvarsområder

Grundstrukturen i organiseringen af det tværsektorielle sundhedssamarbejde er:



- **Sundhedskoordinationsudvalget** er det tværsektorielle politiske organ for sundhedsaftalesamarbejdet. Sundhedskoordinationsudvalget sætter politisk retning og mål for sundhedsaftalen og træffer de overordnede beslutninger for sundhedsaftalesamarbejdet og for den overordnede implementering af sundhedsaftalen på baggrund af indstillinger fra Sundhedsstyregruppen. Sundhedskoordinationsudvalget godkender bl.a. samarbejdsaftaler på indstilling fra Sundhedsstyregruppen inden disse videresendes til implementering i kommunerne og regionen.
- **Sundhedsstyregruppen** er det øverste administrative organ i det tværsektorielle sundhedsaftalesamarbejde. Sundhedsstyregruppen sætter på baggrund af de politiske mål administrativ strategisk retning for sundhedsaftalesamarbejdet og implementering af sundhedsaftalen. Sundhedsstyregruppen igangsætter udarbejdelse af fælles aftaler og udviklingsopgaver, herunder uddelegerer opgaver til klynger og nedsætter ad hoc grupper. Sundhedsstyregruppen vil endvidere behandle sager af væsentlig økonomisk, organisatorisk eller kvalitetsmæssig betydning herunder skalering og udbredelse af initiativer. Sundhedsstyregruppen forbereder sager til Sundhedskoordinationsudvalget.
- **Sundhedsstyregruppens formandskab** forbereder i samarbejde med Fællessekretariatet sager til Sundhedsstyregruppen, herunder træffer beslutninger der kan afklares i formandskabet.
- **Klyngerne**¹ har en central rolle i forhold til udvikling og afprøvning af nye løsninger med henblik på spredning til hele regionen. Klyngerne udvikler og afprøver på opdrag fra Sundhedsstyregruppen eller eget initiativ løsninger på en given udfordring. Desuden står klyngerne for at implementere de samarbejdsaftaler, der indgås i regi af Sundhedsstyregruppen/Sundhedskoordinationsudvalget. Derudover kan klyngerne vælge at prioritere andre områder og tiltag inden for sundhedsaftalen og de nationale mål.
- **Fællessekretariat med formandskab** varetager den tværgående koordinering og udmøntning af indsatser og udviklingstiltag i regi af sundhedsaftalen. Fællessekretariatet sikrer koordinering og igangsætning af opgaver i regi af sundhedsaftalen, herunder udarbejdelse af kommissorier og udpegninger til midlertidige arbejdsgrupper. Sekretariatet skal endvidere sikre, at de relevante sager bringes ind i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget, samt at der tilvejebringes et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag med afsæt i Triple Aim. Herudover skal Fællessekretariatet understøtte monitorering, kvalitets- og økonomiopfølgning af de enkelte indsatser samt den generelle afrapportering på sundhedsaftalen. Under Fællessekretariatet etableres en støttefunktion i form af en Triple Aim gruppe.
- **Arbejdsgrupper (midlertidige)** etableres efter behov til at løfte forskellige typer af tværgående opgaver som fx udarbejdelse af forslag til fælles aftaler, tværgående analyser o.lign. Grupperne udarbejder indenfor kommissorium fra Sundhedsstyregruppen aftaleudkast, som godkendes i Sundhedsstyregruppen med henblik på beslutning om implementering i klyngerne.

¹ I regi af Aarhus-klyngen er der etableret en særlig selvstændig samarbejdsstruktur med Samsø Kommune.

- **Faste grupper** eksisterer på enkelte specifikke områder, der er kendetegnet ved en stadig udvikling af tekniske og faglige forhold, der kræver en løbende tilpasning eller specifikke patientgrupper med en særlig kompleks problemstilling. Aktuelt omfatter disse Fødeplanudvalget, arbejdsgruppe til løbende ajourføring af fælles afklaringskatalog om hjælpemidler og behandlingsredskaber, hjerneskadestadsamråd voksne, hjerneskadestadsamråd børn og teknisk-administrativt udvalg på tandområdet.

Den skitserede organisation afspejler det tværsektorielle samarbejde om sundhed. Herudover vil der fortsat være behov for mødefora m.v. for samarbejdet internt i de enkelte sektorer. Fx vil omdrejningspunktet for det tværkommunale samarbejde fortsat være den kommunale styregruppe på sundhedsområdet (KOSU) og den kommunale sundhedsstrategiske gruppe (DKS), ligesom der indenfor praksissektoren samt på tværs af hospitalerne findes fora til intern koordination.

Samspil mellem klynger og Sundhedsstyregruppen

Overordnet kan der skelnes mellem to typer af processer, der kan bringes i spil i implementeringen af sundhedsaftalen og andre tværsektorielle tiltag (fx som følge af nationale handlingsplaner eller ny lovgivning).

A. Fælles samarbejdsaftaler

Fælles samarbejdsaftaler, der dækker alle kommuner og hospitaler, udarbejdes på baggrund af kommissorium godkendt i Sundhedsstyregruppen/Sundhedsstyregruppens formandskab. I forbindelse hermed afgøres om aftalen skal udarbejdes i regi af en klynge eller en midlertidig arbejdsgruppe. Efter udarbejdelse og kommentering godkender Sundhedsstyregruppen/Sundhedskoordinationsudvalget aftalen, hvorefter den implementeres i klyngerne.

Udarbejdelse af en IV-aftale og en respirationsaftale er eksempler på type A processer.

B. Udviklingsopgaver

Udviklingsopgaver er opgaver, hvor der på en given udfordring er behov for nye løsninger eller behov for på tværs af sektorer at gentænke eksisterende løsninger. Initiativet til en udviklingsopgave kan komme fra såvel Sundhedsstyregruppen som en klynge.

- Såfremt Sundhedsstyregruppen igangsætter en udviklingsopgave i en eller flere klynger på vegne af fællesskabet og med henblik på efterfølgende spredning, sætter Sundhedsstyregruppen en ramme, der beskrives i et opdragspapir. På baggrund heraf udvikler og afprøver en eller flere klynger løsning(er), som efter kommentering hos relevante parter godkendes i Sundhedsstyregruppen/Sundhedskoordinationsudvalget til implementering/spredning.
- Positive resultater af udviklingsopgaver igangsat af klynger udenom Sundhedsstyregruppen indrapporteres til Fællessekretariatet med henblik på evt. spredning.

Udvikling af indsatser på de prioriterede områder ulighed og arbejdsmarked er eksempler på type B processer igangsat af Sundhedsstyregruppen.