

12. maj 2021  
/SOLGRA



**Referat**  
**til**  
**møde i Klyngestyregruppemøde RRA**  
**5. maj 2021 kl. 14:00**  
**i Ikke angivet**

# Indholdsfortegnelse

---

<b>Pkt. Tekst</b>	<b>Side</b>
1 Mødedeltagere	1
2 Projekt GAIN 2.0	2
3 Resultater af tværsektoriel audit på forebyggelige indlæggelser marts 2021	5
4 Livets afslutning	6
5 Implementering af samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivelse	8
6 Opfølgning på Fælles Gravidteam	11
7 Fælles dataoverblik for Randersklyngen	13
8 Skriftlige orientering fra Arbejdsgruppen vedr. model for at modtage blodtransfusion i eget hjem	14
9 Eventuelt	15

---

1-52-100-2-20

## 1. Mødedeltagere

### Sagsfremstilling

#### **Randers Kommune**

Thomas Krarup, direktør Sundhed, Kultur og Omsorg  
Helene Bækmark, direktør Social og Arbejdsmarked (afbud)  
Christina Breddam, sundhedschef  
Lene Jensen, omsorgschef  
Lars Præcius, afdelingsleder Sygedagpenge  
Pia Ravnsbæk Bjærge, sygeplejefaglig konsulent

#### **Norddjurs Kommune**

Kenneth Koed Nielsen, velfærdsdirektør (afbud)  
Søs Fuglsang, sundheds- og omsorgschef  
Hanne Nielsen, socialchef  
Karina Kreutzfeldt, leder Visitation og Hjælpebidler (afbud)

#### **Favrskov Kommune**

Ulrik Johansen, direktør Social og Sundhed  
Birgitte Holm Andersen, sundhedschef  
Henriette Halgaard Rasmussen, ældrechef  
Jes Svenninggaard, handicap- og psykiatrichef (afbud)  
Bodil Pedersen, økonomikonsulent (afbud)

#### **Syddjurs Kommune**

Katrine Axél, velfærdsdirektør (afbud)  
Ingelise Juhl, sundheds- og omsorgschef (afbud)  
Anne Mette Have Rasmussen, social og familiechef, (afbud)  
Ditte Sachse Dupont, leder af socialcentret

#### **PLO Midtjylland**

Poul Kraghede, praktiserende læge og praksiskonsulent (afbud)

#### **Regionshospitalet Randers**

Marianne Jensen, sygeplejefaglig direktør (deltager fra kl. 15)  
Lone Winther Jensen, lægefaglig direktør  
Jonas Dahl, hospitalsdirektør  
Thomas Clausen, praksiskoordinator( afbud)  
Solveig Gram, konsulent for tværsektorielt samarbejde  
Sine Møller Sørensen, plankonsulent

#### **Psykiatrien i Region Midtjylland**

Claus Graversen, sygeplejefaglig direktør (afbud)  
Runa Sturlason, ledende overlæge Regionspsykiatrien Randers (afbud)

---

Anja Skaarup, specialkonsulent

1-52-100-2-20

## 2. Projekt GAIN 2.0

### Det indstilles,

- at klyngestyregruppen tager præsentation af projekt GAIN 2.0 til efterretning
- at klyngestyregruppen tager stilling til de nævnte punkter i sagsfremstillingen

### Sagsfremstilling

Christina Breddam, sundhedschef i Randers Kommune indleder punktet med et oplæg om forskningsprojektet GAIN 2.0. (Get going After concussIoN), der skal tilvejebringe viden om effektive interventioner for borgere med hjernerystelse. I projektet skal et nyt behandlingstilbud til borgere med hjernerystelser afprøves i klyngerne, og punktet er et led i forberedelsen af denne afprøvning.

Randersklyngen bedes tage stilling til følgende i forhold til projektet:

1. **Hvor skal behandlingen foregå?**

I Randersklyngen skal der tages stilling til, om behandlingstilbuddet skal foregå på én eller to lokationer. Deadline 15. august 2021

2. **Udpege medarbejdere, der skal indgå i behandlingen**

Der skal udpeges 3 kommunale terapeuter (fysio- eller ergoterapeut) og mindst én af hver kategori, der kan indgå i behandlingstilbuddet. Deadline 1. juni 2021.

3. **Udpege en kontaktperson (ledelsesniveau), som skal varetage kommunikationen/koordinering mellem kommunerne og til de mødefora, hvor praktiserende læger deltager**

Kontaktpersonen har ansvaret for de praktiske forhold på det udvalgte behandlingssted. Det kan fx dreje sig om information på stedet, booking af lokaler, forplejning (kaffe, the, vand) mv. De praktiske ting kan eksempelvis udføres af én af de kommunale terapeuter, der indgår i GAIN-behandlingen, hvis denne er ansat i den kommune, hvor behandlingsstedet er placeret. Deadline 1. juni 2021.

4. **Udpege en informationskontaktperson pr. kommune (eksempelvis hjerne-skadekoordinator), som kan gøre relevante medarbejdere (jobcenter, sygedagpenge etc) opmærksom på projektet**

Informationskontaktpersonen får løbende tilsendt nyhedsbreve og skal kunne in-

formere om, hvor i klyngen tilbuddet udbydes, hvem, der varetager behandlingen, hvor længe forløbet varer, og hvor der kan findes yderligere information. Desuden skal informationskontaktpersonen fungere som bindeled mellem projektgruppen og relevante medarbejdere i forbindelse med evaluering af projektet. Deadline: Hurtigst muligt.

### Om projektet

I Region Midtjylland skønnes der årligt at være ca. 300-400 borgere, som fortsat har symptomer 3 måneder efter, at de har slået hovedet. Symptomerne er en kombination af fysiske, kognitive, emotionelle symptomer og søvnforstyrrelser, som udover reduceret livskvalitet ofte fører til langvarige sygemeldinger. Det skønnes, at ca. halvdelen af disse borgere opsøger skadestuerne direkte, mens resten først senere kontakter en praktiserende læge. Disse borgere vil typisk også have kontakt til deres kommune pga. langvarig sygemelding.

I GAIN er der udviklet et behandlingstilbud, der foregår over 8 uger. Forløbet består af 3 gruppesessioner (å 2 timer) med fysisk fremmøde og fem individuelle samtaler, der enten foregår med fysisk fremmøde eller over telefon/video (ca. 30 min. varighed). Behandlingen varetages af en neuropsykolog, fysioterapeut og ergoterapeut. Neuropsykologen kommer fra Hammel Neurocenter og vil fungere som teamleder på behandlingen samt give ugentlig supervision til terapeuterne, der vil være kommunalt forankrede. Det samlede projekt inkl. intervention i kommunerne finansieres via forskningsmidler.

Det forventede kommunale ressourceforbrug for terapeuter ses i nedenstående tabel opdelt på gruppesessioner, individuelle samtaler og uddannelse:

	Timer
<b>Gruppesessioner (3 sessioner)</b>	
Forberedelse af forløb (1/2 time pr. borger)	3,5
Tværfaglig sparring / forberedelse (1 time pr. gruppesession)	3
3 gruppesessioner å 2 timer	6
Transport til/fra sted (estimeret til 60 min pr. terapeut pr gang)	6
<b>Individuelle sessioner fys og ergo (5 sessioner)</b>	
Patientkontakt (30-45 min + dokumentation = 1 time pr kontakt)	35
Tværfaglig sparring / supervision	5
Transport til/fra sted (60 min pr. terapeut pr gang)	10
<b>Timeforbrug for terapeuter pr. forløb i forbindelse med behandling (over 3 mdr)</b>	<b>68,5</b>
<b>Uddannelse (kun en gang i hver klynge i hele projektperioden)</b>	
Forberedelsestid for 3 terapeuter i hver klynge (7,5 timer/ 1 dag per terapeut)	22,5
Undervisning for 3 terapeuter i hver klynge (15 timer/2 dage per terapeut)	45
Transporttid for 3 terapeuter i hver klynge (4 timer per terapeut)	12
<b>Timeforbrug for 3 terapeuter i forbindelse med uddannelse</b>	<b>79,5</b>

Klynger, der ønsker to behandlingssteder, kan vælge selv at finansiere en fjerde terapeut samt gruppesessioner på lokation nummer to, så der er et terapeutteam på begge behandlingssteder. Forventningen er dog, at det kun er fire til otte borgere, der begynder i GAIN, hver tredje måned i hver klynge. Det er derfor ikke sikkert, at der er borgere nok til at starte i forløb to steder i en klynge.

### Tidsplan

---

Projektet er et lodtrækningsforsøg, hvor en ny klynge begynder med at afprøve behandlingstilbuddet hver tredje måned.

Alle borgere i Region Midtjylland med symptomer 2-4 måneder efter en hjernerystelse tilbydes allerede fra 1. juni 2021 ambulant undersøgelse på Hammel Neurocenter. Undersøgelsen vil også omfatte rådgivning omkring egen håndtering af symptomer efter hjernerystelsen. Der kan via praktiserende læge henvises til projektet fra 1. maj 2021. Fra 1. november 2021 begynder GAIN behandlingstilbuddet i den klynge, der bliver udtrukket først.

Fire uger før start af GAIN i en klynge, skal terapeuterne uddannes i GAIN. Den enkelte klynge vil få besked en måned før start. Dvs. hvis man bliver udtrukket til at starte GAIN-behandling 1. november 2021 får klyngen besked omkring 1. oktober 2021.

## Beslutning

Christina er medformand for arbejdsgruppe i regionalt regi om borgere med hjernerystelse. Det er et område, hvor der ikke er meget evidens. Derfor iværsettes et forskningsprojekt, der måske kan give evidens for, hvad der virker.

GAIN er først udviklet til unge og skal nu også afprøves voksne. Projektet har fået bevilling til afprøvningen. Afprøvningen begynder i en klynge og udvides herefter med en klynge ad gangen. Vi ved endnu ikke, hvornår Randersklyngen udtrækkes - om vi fx inkluderes først eller sidst i prøveperioden.

Fra kommunal side er man generelt positive overfor tiltaget, da der er behov for mere viden og konkrete indsatser på området. Blandt andet mangler Jobcentrene tilbud til borgere med langvarige symptomer efter en hjernerystelse.

Både Randers og Norddjurs Kommuner vil være interesserede i at ligge hus til projektet. Borgere fra alle kommuner i klyngen kan deltage i tilbuddet uanset, hvor tilbuddet placeres. Lokation afklares bilateralt mellem Randers og Norddjurs. Alle kommuner melder kontaktpersoner i forhold til projektet ind til Christina.

## Bilag

- GAIN 2.0 - om projektet

1-52-100-2-20

### 3. Resultater af tværsektoriel audit på forebyggelige indlæggelser marts 2021

---

**Det indstilles,**

- at** klyngestyregruppen drøfter resultaterne af tværsektoriel audit på forebyggelige indlæggelser i klyngen
- at** klyngestyregruppen godkender, at audit gentages i oktober 2021

**Sagsfremstilling**

Der er gennemført tværsektorielle audits på 20 patientforløb i klyngen.

De tværsektorielle audits er gennemført som en åben gennemgang af konkrete patientforløb med mere end 3 indlæggelser inden for de sidste 3 måneder. Patientforløbene er udvalgt af kommunerne, og er blevet gennemgået med afsæt i disse spørgsmål:

- Er der sammenhæng i forløbet?
- Kan vi gøre noget for at forebygge indlæggelserne i forløbet?
- Hvilke mønstre tegner der sig?

Sammenfatning af resultaterne fra de gennemførte audits er vedhæftet som bilag. På mødet drøftes resultaterne ud fra nedenstående.

Under audit blev der givet forslag til forbedringstiltag ved hvert patientforløb. De mange forslag kategoriseres i følgende fem temaer:

1. Behandlingsplan til patienter med KOL
2. Opfølgende hjemmebesøg
3. Lives afslutning
4. Tidlig opsporing og indsats ved alkoholproblemer
5. Kompetenceudvikling og videndeling på tværs

Implementering af tiltag fra de fem temaer vil blive drøftet i arbejdsgruppen for Sammenhængende Patientforløb, hvor der også planlægges en evt. virtuel Fælles Skolebænk.

Auditgruppen ønsker at gentage audit i efteråret 2021, hvor det er hospitalet, der finder fem patientforløb pr. kommune med forebyggelige indlæggelsesdiagnoser og mere end 3 indlæggelser inden for de sidste 3 måneder.

**Beslutning**

Solveig Gram orienterede om de tværsektorielle audits, der er gennemført i foråret. Auditgruppen har identificeret en række udviklingsområder fx information på tværs ved borgere med alkoholmisbrug og øget fokus på opfølgende hjemmebesøg. Der blev også identificeret temaer, som der kan arbejdes videre med i Kvalitetsklyngerne for almen

---

praksis. Som noget nyt deltog også repræsentanter fra almen praksis i de gennemførte audits.

I forhold til opfølgende hjemmebesøg er der tale om en reimplementering af den eksisterende ordning. Dvs. at hospitalet screener borgere ved indlæggelse og henviser til et opfølgende besøg, ved de borgere der samtykker. Besøget aftales konkret mellem kommune og praktiserende læge.

Der kan læses mere om opfølgende hjemmebesøg på sundhedsaftalens hjemmeside: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/opfolgende-hjemmebesog/>

Det er godt at der i afrapportering er samlet alle kommuners forbedringstiltag, så der kan drages læring på tværs af kommuner.

Fremadrettet kan der arbejdes med at tydeliggøre i afrapporteringen, hvor man som hhv. hospital, kommune og praktiserende læger kan forbedre sig. Dette også for at gøre det nemmere at læse, hvis man ikke selv har deltaget i auditten.

Erfaringerne med metode og form i de gennemførte audits er positive. Der var opbakning til at fortsætte med denne type af audits.

## Bilag

- Evaluering fra tværsektoriel audit marts 2021.pdf

1-52-100-2-20

## 4. Livets afslutning

### Det indstilles,

at klyngestyregruppen drøfter erfaringer fra Midtklyngens projekt, "Livets afslutning"

### Sagsfremstilling

Sundhedsstyregruppen besluttede på møde 26. marts, at rapporter fra Midtklyngens projekt 'Livets afslutning' formidles til klyngerne med henblik på, at projektets erfaringer og resultater kan anvendes som inspiration i det lokale udviklings- og implementeringsarbejde. Rapporterne kan findes her: <https://viborg.dk/service-og-selvbetjening/stoette-og-omsorg/naar-livet-slutter/livets-afslutning/> . De er også vedhæftet som bilag.



---

En række undersøgelser har vist, at borgers ønsker for livets afslutning ikke altid efterleves. Derfor har formålet med projektet været at styrke mulighederne for, at den enkelte borgers ønsker for livets afslutning kan efterleves, og at det sker i tæt samarbejde med borger, dennes pårørende og det sundhedspersonale, der er involveret undervejs. Derudover har formålet med projektet været at styrke og nytænke eksisterende indsatser samt implementere gældende retningslinjer og anbefalinger i relation til livets afslutning.

I Midtklyngens projekt er der fokus på følgende seks områder:

- Samtaler – Afholde forventningssamtaler om livets afslutning.
- Behandlingsniveau og Behandlingstestamente – Stillingtagen, afklaring og udbredelse.
- Retningslinjer – Udvikle og implementere klare retningslinjer.
- Dokumentation – Tydelig og tilgængelig dokumentation internt og på tværs af fagsystemer.
- Pårørende – Inddrage og støtte.
- Våger – Udbrede kendskab.

Fokusområderne i Midtklyngens projekt er meget sammenlignelige med de områder, som der er fundet ved audit på forebyggelige indlæggelser (fremlagt under punkt 3), fraset området med de frivillige vågetjenester.

Midtklyngen har udarbejdet en implementeringsplan for indsatsområderne og har oprettet en tværgående arbejdsgruppe, bestående af de to formænd for Projekt Livets afslutning, en læge fra almen praksis, en hospitalslæge, to kommunale ledere og to valgfrie pladser (evt. med deltagelse fra præhospitalet).

Der bliver i løbet af efteråret 2021 også iværksat en implementeringen af den nye samarbejdsaftale om palliative indsatser, som også vil fremme fokus på livets afslutning. Der ønskes en drøftelse af, om Midtklyngens projekt kan bidrage til Randersklyngens implementeringsarbejde.

## **Beslutning**

Erfaringerne fra Midtklyngen projekt kan inddrages, når vi skal implementere Samarbejdsaftalen om Palliative indsatser i efteråret.

I Randersklyngen er der aktuelt ikke et overblik over vågetjenester. Det kunne være relevant at udarbejde et overblik for alle kommuner. Der findes en frivillig aflastningstjeneste til borgere i Randers. Tilbud om aflastning eller vågetjeneste er gratis for borgeren. Tilbuddet er beskrevet på hjemmesiden [www.aflaster.dk](http://www.aflaster.dk)

---

## Bilag

- pixi-udgave\_livets\_afslutning.pdf
- evaluering-af-prøvehandlinger-i-projekt-livets-afslutning.pdf
- rapport-om-projekt-livets-afslutning.pdf

1-52-100-2-20

## 5. Implementering af samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivelse

### Det indstilles,

- at** implementeringsprocessen for "Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse" planlægges, herunder at det aftales i hvilket klyngeregime implementeringen skal ligge
- at** Randersklyngens arbejdsgruppe Sammenhængende Patientforløb udvides med visitationsledere og varetager implementeringen af samarbejdsaftalen.

### Sagsfremstilling

#### Resumé

Der er udarbejdet en ny samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse. Den nye samarbejdsaftale bygger på en værdibaseret tilgang til samarbejde med udgangspunkt i seks samarbejdsprincipper og er i tråd med sundhedsaftalens visioner om at skabe sammenhængende patientforløb på patientens præmisser. Samarbejdsaftalen træder i kraft 1. juni 2021. Perioden fra 1. juni til 1. oktober forløber med implementeringsforberedelse. På skæringsdatoen 1. oktober 2021 overgår alle klynger i regionen til at anvende de nye principper i samarbejdsaftalen. Klyngerne bedes tage stilling til implementeringsprocessen for samarbejdsaftalen.

I Randersklyngen har vi arbejdsgruppen Sammenhængende Patientforløb, som varetager opgaver vedr. indlæggelse og udskrivelse, planlægger audit og Fælles Skolebænk. Hvis gruppen udvides med visitationseledere fra alle kommuner, indstilles det at denne gruppe varetager implementeringen af Samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivelse.

#### Sagsfremstilling

Samarbejdsaftalen beskriver rammen for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, hvor den fælles ambition er at sikre, at borgerne oplever gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

---

Baggrunden for en ny samarbejdsaftale er, at de eksisterende aftaler om indlæggelse og udskrivelse længe har kaldt på behov for revidering med henblik på at være i tråd med sundhedsaftalens visioner samt en værdibaseret tilgang.

Aftalen er en samarbejdsaftale under sundhedsaftalen og bygger videre på det gode samarbejde og de gode erfaringer om indlæggelse og udskrivelse, der allerede er i den midtjyske region. Aftalen tager udgangspunkt i en værdibaseret tilgang og i sundhedsaftalens fire overordnede visioner.

Samarbejdsaftalen indeholder tre delelementer:

- Seks principper for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis om den gode indlæggelse og udskrivelse
- Flowchart, som et redskab i kommunikation og samarbejde vedrørende det gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb på tværs af sektorer
- Implementeringsovervejelser og opfølgning på aftalen

### **Principper for samarbejdet om den gode indlæggelse og udskrivelse**

Seks principper for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis om den gode indlæggelse og udskrivelse udgør omdrejningspunktet i samarbejdsaftalen.

De seks samarbejdsprincipper er:

- *Inddragelse af borgeren og de pårørende*  
Princippet indebærer, at borgeren og de pårørende i størst muligt omfang inddrages i indlæggelses- og udskrivelsesforløbet, så borgeren oplever at blive inddraget og at have mulighed for at tage aktiv del i eget forløb.
- *Et fælles ansvar at sikre det gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb for borgeren*  
Essensen i samarbejdsprincippet er, at kommune, hospital og almen praksis skal se borgerforløbet i sin helhed. Det er en fælles opgave, som alle bidrager til, og som kræver, at de forskellige bidrag afstemmes med hinanden.
- *Den gode udskrivelse starter ved indlæggelsen*  
Princippet indebærer et velkoordineret indlæggelsesforløb, hvor relevant viden deles mellem parterne og hvor forberedelse af og dialog om udskrivelsen påbegyndes allerede ved indlæggelsen.
- *Videndeling og realistiske oplysninger*  
Dette samarbejdsprincip omhandler, at kommune, hospital og almen praksis har øje for at 'spille' hinanden gode med opdaterede tidstro oplysninger, tilgængelighed ift. en dialog, fokus på hurtige men realistiske oplysninger fra hospital til kommune forud for en udskrivelse samt epikrise til almen praksis.
- *Relationsdannelse, gensidig tillid og dialog*  
Princippet omhandler prioritering af relationsdannelse og kendskabet til hinanden, som et middel til at sikre høj kvalitet i samarbejdet på tværs – og dermed gode sammenhængende borgerforløb.
- *Fælles forberedelsestid*

Forberedelse er afgørende, da kommunen og hospitalet både sammen og hver især har behov for at kunne forberede indlæggelses- og udskrivelserforløb, så de bliver gode for borgerne.

### **En værdibaseret samarbejdsaftale**

Den værdibaserede tilgang med afsæt i samarbejdsprincipper er en væsentlig ændring i forhold til de eksisterende aftaler om indlæggelse og udskrivelse. Samarbejdsaftalen lægger op til, at faste tidsfrister fjernes, hvorved fokus flyttes fra et fast antal forberedelsesdage til funktionsevnen hos borgeren, og spørgsmålet: Hvad skal der til for, at borgeren kan komme hjem med det funktionsniveau, som borgeren har. Aftalen forventes at give mere fleksible rammer for samarbejdet og dermed bedre muligheder for at skabe sammenhængende forløb for borgerne.

En omsætning af samarbejdsprincipperne forudsætter et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde på tværs af kommune, hospital og almen praksis. Samtidig forudsætter en værdibaseret tilgang en høj grad af ledelsesfokus på det enkelte hospital og i den enkelte kommune.

### **Implementering og opfølgning**

Der er lagt op til, at aftalen implementeres i klyngerne, og at klyngerne påbegynder implementering fra aftalens ikrafttrædelse den 1. juni 2021. Klyngerne beslutter selv, i hvilket klyngeregime implementeringen skal ligge.

Aftalens første år er et implementeringsår. For at sikre ensartethed i borger-/patientforløbene – især i forløb der går på tværs af klyngerne – er fastsat en fælles skæringsdato den 1. oktober for overgangen fra kommunal forberedelsestid til princippet om fælles forberedelsestid. Det betyder, at de nuværende varslingsfrister ophører den 1. oktober i år. Da mange borger-/patientforløb går på tværs af klyngerne, opfordres klyngerne til at have blik for de øvrige klynger i deres implementeringsarbejde og for løbende at dele viden på tværs af klyngerne.

Til at understøtte implementering i klyngerne og opfølgning på aftalen er der nedsat en implementerings- og opfølgingsgruppe under Sundhedsstyregruppen. Arbejdsgruppen er i gang med at udarbejde to kommunikationspakker, som klyngerne *kan* vælge at bruge til at understøtte implementeringen af aftalen. Arbejdsgruppen vil desuden følge implementerings- og opfølgingsarbejdet i klyngerne samt arrangere et læringsseminar sidst i implementeringsåret. I arbejdsgruppen sidder repræsentanter fra hver af klyngerne, som kan kontaktes ved spørgsmål til aftalen og det udarbejdede kommunikationsmateriale.

## **Beslutning**

Samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivelse bygger på mange af de principper, der arbejdes efter i Randersklyngen. Nu bliver principperne ens for alle 19 kommuner i region Midt.

Implementering af Samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivelse placeres i klyngens Arbejdsgruppe Sammenhængende patientforløb. Gruppen udvides med ledere fra de kommunale visitationer.

Der er følgende deltagere i Arbejdsgruppen Sammenhængende patientforløb:

---

Randers: Pia Bjærge, sygeplejefaglig konsulent, Maja-Ann Andersen, sundhedsfaglig rådgiver og Pernille Fendige, leder af visitationsenheden

Favrskov: Lone Staugaard, distriktsleder og Anni Rasmussen, leder af visitationen og rehabiliterinsteamet

Syddjurs: Wenche Hallstrøm, områdeleder og Line Petersen, leder af visitation til sundhed og omsorg

Norrdjurs: Anne Ahrensbach, souchchef for sundhed og omsorgsområdet og , Karina Kreutzfeldt, leder af visitation og hjælpemidler

Hospitalet: Charlotte Larsen, oversygeplejerske medicinsk afd., afdelingsygeplejersker: Birgitte Aborg, kirurgisk afd., Andreas Nørgaard, akutafd., Monica Thomassen, ortopædkirurgisk afd., Signe Sørensen, hjertemedicinsk afd. og Solveig Gram, konsulent for tværsektorielt samarbejde

## Bilag

- Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse .pdf
- Implementeringsplan den gode indlæggelse og udskrivelse 14042021.pdf
- Kommissorium Arbejdsgruppegruppe Sammenhængende Patientforløb

1-52-100-2-20

## 6. Opfølgning på Fælles Gravidteam

### Det indstilles,

**at** klyngestyregruppen orienteres om lokal proces med opsamling på erfaringer med Fælles Gravidteam

### Sagsfremstilling

Fælles Gravidteam blev implementeret medio 2016 på baggrund af en samarbejdsaftale, hvor regionen og kommunen har aftalt at foretage en koordineret indsats for sårbare gravide. Målgruppen er gravide, som har flere problemstillinger, der kræver en tværsektoriel indsats. Derfor er der etableret et tværsektorielt samarbejde, hvor jordemoder, sundhedsplejerske, socilarådgiver og måske egen læge deltager i et netværksmøde sammen med den gravide og hendes private netværk. Formålet er at støtte op om den gravide og det ufødte barn for at skabe et godt fundament for barnets og familiens videre

---

re trivsel - på tværs af kommuner, almen praksis og fødesteder og på tværs af fagligheder.

I praksis agerer kommunerne vært, tovholder og facilitator for afviklingen af det tværsektorielle netværksmøde, som i et tæt samarbejde med den gravide/familien har til formål at afklare relevante problemstillinger. Derudover fastlægges en kort- og langsigtet plan for graviditetsforløbet i et samarbejde med den gravide/familien.

### **Opfølgning på indsatsen**

Fødeplanudvalget i Region Midtjylland har på sit møde 25. januar 2021 behandlet vedlagte opfølgings-/evalueringsnotat om ordningen med Fælles Gravidteams. Hovedvægten er lagt på den organisatoriske læring, der kan uddrages af arbejdet med Fælles Gravidteams indtil nu.

I den sammenhæng peges på en række potentielle udviklingstemaer vedrørende bl.a. tidlig opsporing, informationsudveksling på tværs af sektorer, netværksmøder og tovholdere, involvering af psykiatrien, fremskudt socialrådgiver samt relationel koordinering og synergier gennem samarbejdet.

Der er i Fødeplanudvalget bred enighed om, at samarbejdsaftalen for Fælles Gravidteam bidrager til en positiv udvikling af en bedre koordineret og sammenhængende tværsektoriel og tværfaglig indsats omkring de sårbare gravide og de sårbare familier. Det er vurderingen, at samarbejdsaftalen er værdifuld, hvorfor der er behov for, at de positive elementer fastholdes og videreudvikles. Fødeplanudvalget anbefaler på denne baggrund, at der arbejdes videre med at udvikle og konsolidere indsatsen lokalt i klyngerne.

Fødeplanudvalget opfordrer hermed til, at opfølgningen/evalueringen benyttes som afsæt for en drøftelse i hver enkelt klynge af de erfaringer, der er opnået med Fælles Gravidteams. For at nyttiggøre og dele de lokale drøftelser mest muligt vil det være værdifuldt, hvis hver enkelt klynge vil give en tilbagemelding til Fødeplanudvalget med hovedpunkterne fra drøftelsen.

I Randersklyngen har den lokale arbejdsgruppe for fødeplan igangsat en proces med at evaluere. De har besluttet at lederne af sundhedsplejen og lederne af familieindsatsen i kommunerne mødes med cheffjordemoder Lone Neumann i den nærmeste fremtid. På disse møder afdækkes indsatsen i fælleskab og der kan tages stilling til videre udvikling af indsatsen. De ledende sundhedsplejersker sender forslag til mødedatoer ind til Lone Neumann.

## **Beslutning**

Lone Neumann, cheffjordemoder på Regionshospitalet Randers deltog i punktet.

Det blev aftalt, at der laves en fælles opfølgning i klyngestyregruppen, når evalueringsrunden i hver kommune er gennemført. Dette med henblik på at vi kan lære af erfaringerne på tværs.

---

## Bilag

- Evaluering\_FællesGravidTeam

1-52-100-2-20

## 7. Fælles dataoverblik for Randersklyngen

### Det indstilles,

- At Klyngestyregruppen godkender forslag til fælles data for Randersklyngen
- At Klyngestyregruppen drøfter muligheder for anvendelse af dataoverblik

### Sagsfremstilling

Klyngestyregruppen har tidligere besluttet, at der skal udarbejdes et fælles dataoverblik for Randersklyngen.

En arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra alle fire kommuner, psykiatrien og hospitalet, har udarbejdet forslag til fælles dataoverblik, der blandt andet giver et fælles overblik over udskrivelser, forebyggelige indlæggelse, genindlæggelser m.v. Overblikket indeholder både data for somatikken og psykiatrien.

Natasha Bøgh Harvey Engelbrecht, Plankonsulent ved Regionshospitalet Randers, vil præsentere forslaget på mødet.

### Beslutning

Gruppen drøftede med hvilket formål at dataoverblikket skal anvendes, i henhold til at kunne dataunderstøtte det tværsektorielle samarbejde. Gruppen pointerede at dataoverblikket var interessant, og havde potentiale for at kunne danne grobund for læring og udvikling i klyngesamarbejdet. Ydermere blev det drøftet, hvorvidt dataoverblikket kan tage afsæt i et mere strategisk afsæt, ift. at kunne selektere data ud fra det konkrete behov i kommunerne. På den baggrund blev det besluttet at datagruppen mødes igen i juni, for at drøfte mulighederne herfor.

Følgende er medlemmer af Datagruppen:

Syddjurs: Wenche Maibrith Nykjær Hallstrøm, Nadia Friis, Ingelise Juhl

Favrskov: Camilla Stampe Olesen, Birgitte Holm Andersen

---

Norrdjurs: Anne Ahrensbach

Randers: Lene Jensen

Psykiatrien: Thomas Kure Jepsen

Hospitalet: Natasha Bøgh Harvey Engelbrecht, Annette Bjerre Vedstesen, Rikke Ringgaard Steffensen, Sine Møller Sørensen

## Bilag

- RRA - Randersklyngen (5)

1-52-100-2-20

## 8. Skriftlige orientering fra Arbejdsgruppen vedr. model for at modtage blodtransfusion i eget hjem

### Det indstilles,

at skriftlig orientering tages til efterretning

### Sagsfremstilling

#### Arbejdsgruppe vedr. model for at modtage blodtransfusion i eget hjem

Arbejdsgruppen har haft første møde med deltagelse fra alle kommuner. Målgruppen for model blev drøftet. Der er skabt trygge rammer for de demte borgere, der modtager planlagt blodtransfusion på medicinsk korttidsafsnit. Fokus er på værdig behandling til borgere i den sidste tid i livet, der ikke tåler transport til hospitalet og hvor alternativet er, at de ikke modtager behandling. Det skønnes, at det vil være 1-2 udvalgte borgere om måneden i hver kommune.

Syddjurs- og Favrskov kommune har fast akutteam, Norrdjurs- og Randers kommune har flere sygeplejersker, der varetager akutopgaven. En evt. prøvehandling vil være med Favrskov- og Syddjurs Kommune. Afdelingen for lindrende behandling inddrages i udarbejdelse af model.

### Beslutning

Favrskov vil gerne vente med deltagelse i evt. prøvehandling, indtil tiltag med IV-behandling er færdig evalueret i regi af Sundhedsstyregruppen.



Medicinsk afdeling arbejder på model med at sygeplejerske kører ud og giver blodtransfusion til udvalgte borgere. Arbejdsgruppen drøfter hvilke borgere, der kunne have god gavn af tilbuddet.

Den færdige model præsenteres for Klyngestryegruppen i efteråret 2021.

1-52-100-2-20

## 9. Eventuelt

### Sagsfremstilling

#### **Status på vaccine:**

Andelen af borgere i Randersklyngen, der er vaccineret første gang ligger nu mellem 23-29% i de enkelte kommuner.