

## **Referat fra Klyngestyregruppemøde 23.06.16 på Regionshospitalet Randers.**

Mødeleder: Marianne Jensen

Referent: Hanne Mark

### **Dagsorden:**

#### **1. Ny organisering af sundhedssamarbejdet ved Regionen**

##### Bilag:

- Forslag til ny organisering af det tværsektorielle samarbejde om sundhed
- Udkast til arbejdsplan 2016-2017
- Udkast til oversigt over sundhedsaftale indsatser 2016-2017

#### **2. Input til strategi for Region Midtjyllands indsats i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen**

##### Bilag:

- Debatpapir
- Plancher
- Link til KLs udspil 'Sammen om sundhed'  
[http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_75048/cf\\_202/KL-udspil-Sammen\\_om\\_sundhed\\_-2015-.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_75048/cf_202/KL-udspil-Sammen_om_sundhed_-2015-.PDF)
- Oversigt sundhedshuse

#### **3. Orientering ved hospitalsledelsen**

#### **4. Orientering om nye initiativer ved kommunerne**

#### **5. Orientering om arbejdet i Sundhedsstyregruppen ved Kate Bøgh og Marianne Jensen**

#### **6. Status på løsningen af problemerne med FMK ved Søs Fuglsang**

#### **7. Udlevering af sygeplejeartikler, hvor hjemmeplejen ikke er involveret ved Søs Fuglsang**

#### **8. Akut fagligt råd ved Peter Mikkelsen**

#### **9. Anvendelse af ambulancepersonale i forbindelse med forebyggelse af indlæggelser ved Peter Mikkelsen**

#### **10. Sundhedsaftalen 2015 – 2018**

#### **11. Evt.**

#### **12. Næste møde 15.11.16 kl. 14.30 – 16.30**

## **Ad. 1: Ny organisering af sundhedssamarbejdet**

### Indstilling:

At klynge styregruppen drøfter vedlagte bilag med forslag til ny organisering af sundhedssamarbejdet og kommer med input til udmøntning af den nye struktur

### Sagsfremstilling:

Flere kommuner og hospitaler har ønsket organiseringen af sundhedssamarbejdet justeret, og Sundhedsstyregruppen behandlede emnet på et seminar 22. februar 2016. På den baggrund er der i regi af sundhedsaftaleorganisationen udarbejdet vedhæftede forslag til en ny organisering af sundhedssamarbejdet. Sundhedsstyregruppen godkendte 2. maj 2016 nedenstående grundstruktur. Herudover besluttede Sundhedsstyregruppen, at inddrage klyngerne/DASSOS i kvalificering og videre udmøntning af den nye struktur.

På denne baggrund ønskes en drøftelse af, hvordan vi får en ny organisering til at virke, og om der mangler noget i forslaget. Det skal fremhæves, at nedenstående forslag til ny organisering gælder både for somatik og psykiatri, hvorfor klyngerne opfordres til at sikre relevant repræsentation.

Konkret ønskes klyngernes input til:

- Er der bemærkninger til forslaget til fordeling af faste grupper og aktuelle centrale ad hoc grupper?
- Hvilke organisatoriske overvejelser gør I på klyngeniveau?
- Hvordan styrker vi samspillet mellem klynger og det centrale niveau?
- Hvilke indsatsområder er jeres klynge på vej med inden for det næste år?
- Andre bemærkninger?

Sundhedsstyregruppen forventes at godkende endelig organisering 1. september 2016, med etablering af ny organisering hurtigst muligt herefter.

Vedhæftede forslag har fokus på at sikre en agil organisation, der både kan sikre udviklingskraft og ejerskab lokalt (kommune-, hospitals- og klyngeniveau) samt beslutningskraft i forhold til fælles forpligtende aftaler på tværs, hvor der sikres udmøntning af én fælles sundhedsaftale.

Den godkendte grundstruktur er:

- At fælles aftaler og skal-opgaver fortsat løftes i regi af Sundhedsstyregruppen. Der etableres efter behov opgavefokuserede ad hoc grupper – og færre grupper samlet set
- At temagrupperne nedlægges, men enkelte faste grupper bevares (fx psykiatri voksne, psykiatri børn, fødeplanudvalget, hjælpemidler og behandlingsredskaber, hjerneskadesamråd voksne, hjerneskadesamråd børn og teknisk-administrativt udvalg på tandområdet)
- At ad hoc grupperne i højere grad sammensættes af ressourcepersoner ud fra kompetence frem for geografisk repræsentation
- At flere udviklingsopgaver placeres i klyngerne (frem for i temagrupper) med henblik på mulig spredning til øvrige klynger efterfølgende
- At den tværgående koordinering og opfølgning sker via et

<p>fællessekretariat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der på udvalgte områder etableres faste støttefunktioner til Sundhedsstyregruppen eksempelvis ift. økonomi og kvalitetsopfølgning.</li> </ul> <p>Sine Møller Sørensen fra fællessekretariatet indledte punktet med et kort oplæg om den godkendte grundstruktur og arbejdsplanen for sundhedsaftalen med beskrivelsen af, hvor opgaverne er placeret.</p> <p><u>Drøftelse:</u>  Forslaget til den nye organisering af sundhedssamarbejdet blev drøftet. Følgende blev fremhævet:  Den nuværende organisering har givet noget ift. til det ensartede og at skabe lige tilbud på tværs af regionen, f.eks. beskrivelse af akutpladser. Der blev udtrykt bekymring for at det ensartede mistes ved nedlæggelse af temagrupperne.</p> <p>Der bør være mere fokus på det der virker og opsamling af resultater. Det vil stille krav til fællessekretariatet og bemanning, så opgaven kan løses.</p> <p>Vigtigt at psykiatrien er involveret i klyngesamarbejdet (Psykiatrien var inviteret til mødet, men kunne ikke deltage)  Vigtigt at der også i klyngerne er de rette kompetencer f.eks. inden for det psykiatriske område.</p> <p>Der er et dilemma i Randersklyngen ift. psykiatrien, da kommunerne har forskellig tilknytning.</p> <p>Koordineringen af arbejdet er utydeligt i det udsendte notat, f.eks. mangler en beskrivelse af ad hoc grupperne og hvem der skal udpege de rette personer.</p> <p>P.t. er der mange ad hoc grupper – det forventes at der over tid lægges mere ud til klyngerne. Et eksempel er den fælles regionale ansøgning om satspuljemidler.</p> <p>Sammenhæng mellem fællessekretariatet og klyngerne er vigtig og skal sikres. Der kan være forskellige muligheder f.eks. deltagelse i klyngemøder. Det er vigtigt at der er en klar indgang til klyngen.</p> <p>Den endelige organisering af sundhedssamarbejdet forventes godkendt i Sundhedsstyregruppen 01.09.16.</p>	
<p><b>Ad. 2: Input til strategi for Region Midtjyllands indsats i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</b></p> <p><u>Indstilling:</u>  At klyngestyregruppen drøfter fremlagte strategispor og indsatsområder og kommer med input til det videre arbejde med en strategi.</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u>  Regionsrådet har med budgetaftale 2016 besluttet, at der skal udarbejdes en Strategi for Region Midtjyllands indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Der har været et forberedende arbejde internt i regionen både på administrativt og politisk niveau. Et indledende debatpapir samt et sæt plancher med strategispor og indsatser er udarbejdet.  Disse er vedhæftet – ligesom der er link til KLs udspil 'Sammen om sundhed', der beskriver kommunernes ambitioner for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.</p>	

Regionen ønsker input fra samarbejdspartnere, hvorfor kommuner (og almen praksis) dels inddrages administrativt via klyngestyregrupperne og dels inddrages politisk via formænd og næstformænd i social- og sundhedsudvalgene samt Kontaktudvalget.

Sundhedsaftalen, Sundhedsplanen, Psykiatriplanen og de nationale mål for sundhedsområdet er grundlag for en kommende strategi. Med afsæt i sundhedsaftalen har Region Midtjylland, kommunerne og praksissektoren et overordnet mål om, at 'Vi vil have mere sundhed - og sundheden skal være for alle'. Det indebærer, at kommuner, hospitaler og praktiserende læger arbejder tæt sammen for at give borgeren det bedste forløb med integrerede sundhedsløsninger tæt på borgerens hverdag, og hvor alle, uanset sociale vilkår, får samme mulighed for at få et sundt liv og blive behandlet for deres sygdom. Dette er udkrystalliseret i tre fælles visioner:

- Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren
- Mere lighed i sundhed.

Med afsæt i en workshop i regionsrådet i marts 2016 er der foreløbigt beskrevet fem mulige spor for en strategi for Region Midtjyllands indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen:

- Fælles og integrerende samarbejdsformer på tværs af sektorer
- Regional understøttelse af kommunale sundhedsløsninger tæt på borgerne
- Regionale sundhedsløsninger tæt på borgerne
- Proaktiv og differentieret indsats
- Fokus på strukturelle barrierer.

Marianne Jensen præsenterede de regionale overvejelser i forbindelse med strategien som afsæt for dialog i klyngen. På baggrund heraf ønskes klyngestyregruppens input til:

- Hvordan ser I den fremadrettede opgaveløsning i det nære sundhedsvæsen?
  - I hvor høj grad er den fælles?
  - Hvilken rolle/opgaver varetager regionen?
  - Hvilken rolle/opgaver varetager kommunen?
- Konkrete input til strategien?
- Hvilke udfordringer er I optaget af, og hvilke løsninger peger det på?

#### Drøftelse:

Oplægget blev drøftet.

Det er ift. til samarbejdet vigtigt at se på, hvad der virker og giver mening for patienten/borgeren. Den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering kan være en hindring ift. bedste placering af opgaven. Et eksempel herpå er IV behandling i eget hjem.

Randersklyngen har tidligere arbejdet på/forespurgt om at blive friklynge.

Christian Boel oplyser, at ift. et mere effektivt sundhedsvæsen lægges op til Regionsrådet at afskaffe DRG systemet på hospitalerne og igangsætte nye prøvehandlinger, f.eks. frikommuner.

Udgående funktioner drøftes. Her efterlyses et mere nuanceret billede blandt andet bør teknologi tænkes ind.

Der udtrykkes bekymring ift. udgående teams. I Aarhus er der mange udgående teams, der varetager opgaver almen praksis og kommuner løser andre steder. En vigtig overvejelse er, hvor man får mest for pengene.

<p>Problematikken med overlap og manglende gennemskuelighed i den nuværende struktur blev drøftet f.eks. overlap mellem regions- og lokalpsykiatrien.</p> <p>Debatpapiret problematiseres. Sundhedsløsninger tæt på borgeren – når det passer os. Eksempel: blodprøver, der efter 01.07.16 for en stor del overgår til hospitalet.</p> <p>Det er ikke udelukkende patientens tarv vi ser på, nogle gange er det sundhedspersonalets.</p> <p>I forhold til den fremadrettede opgaveløsning er det vigtigt at se på de forskellige vilkår. Det er vigtigt at have adgang til kompetencer.</p> <p>Store områder ift. den fremadrettede opgaveløsning: Ulighed i sundhed, arbejdsmarkedsområdet, psykiatrien, rekruttering til almen praksis og hvad ønsker borgeren?</p> <p>Der er formentlig ikke midler til at understøtte strategien.</p>	
<p><b>AD. 3: Orientering ved hospitalsledelsen</b></p> <p><u>Indstilling:</u> At klyngestyregruppen informeres om nyt fra hospitalet</p> <p><b>Ny direktør:</b> Jonas Dahl tiltræder 08.08.16.</p> <p><b>Akutfdelingen:</b> Byggeriet af fase 2 er ved at være færdig. Sengepladserne på plan 4 tages i brug ultimo juni 2016 og øvrige funktioner flytter til den nye afdeling primo oktober 2016, således at pr. 2/10-16 er der modtagelse af patienter indenfor alle medicinske specialer, ortopædi, kirurgi, gynækologi og akut psykiatri samt lægevagt i afdelingen.</p> <p><b>Masterplan:</b> Masterplan for Regionshospitalet Randers frem mod år 2025 er under udarbejdelse.</p> <p><b>Safari:</b> Safari er et organisationsudviklingsforløb, som skal styrke sammenhængskraften og adrætheden på hele hospitalet. Samtidig skal Safari understøtte hospitalets nuværende strategi for 2013-2016 og skabe grundlaget for en ny strategi fra 2017 og frem. Alle ledere på hospitalet har deltaget i tre camps og forløbet afsluttes i efteråret.</p> <p><b>Strategi for Regionshospitalet Randers:</b> Strategiplanen 2013 – 2016 indeholder fire hovedspor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vi vil skabe det mest velfungerende akuthospital i Region Midtjylland, hvor vi har en stærk tværfaglig fælles akutmodtagelse med optimale patientforløb i nye fysiske rammer.</li> <li>2. Vi vil udvikle individuelle og veltilrettelagte elektive behandlings- og kræftscreeningsforløb, hvor vi er i front både fagligt og i tilrettelæggelsen af forløbene, så vi er en stærk samarbejdspartner for kommuner, praksis, universitetshospitalet og regionshospitalet.</li> <li>3. Vi vil fremme forskning og innovation for at udvikle kvaliteten i Behandlinger og patientforløb.</li> <li>4. Vi vil fastholde og udvikle et attraktivt lærings- og arbejdsmiljø.</li> </ol>	

<p>Strategien skal revideres og hospitalsledelsen vil sammen med afdelingsledelser i efteråret se på, hvad der er nået/ikke nået i perioden og drøfte, hvordan strategien skal tilpasses.</p>	
<p><b>AD. 4: Orientering om nye initiativer ved kommunerne</b>  <u>Indstilling:</u>  At klyngestyregruppen informeres om nye initiativer i kommunerne</p> <p><b>Udbud journalsystem:</b>  Peter Mikkelsen oplyser, at flere kommuner (blandt andet de fire kommuner i Randersklyngen) vil udarbejde fælles kravsspecifikationer og gå i fælles udbud med journalsystem.</p> <p><b>Randers Kommune:</b>  Kommunen har ikke planer om etablering af akutteam, men ønsker at styrke alle sygeplejerskers kompetencer. Er p.t. i dialog med VIA om at etablere kursusforløb rettet mod det subakutte og observationer.</p> <p>Der er ledige pladser på Tryghedshotellet.</p> <p><b>Syddjurs Kommune:</b>  Der er etableret en indgang til hjemmesygeplejen. Organiseringen er blandt andet ændret for at undgå forstyrrelser af de udkørende sygeplejersker og sikre større tilgængelighed til sygeplejen for borgere og samarbejdspartnere.</p> <p><b>Hospitalet/Randers Kommune:</b>  Hospitalet har indledt dialog med Randers Kommune om etablering af et folkekøkken.  Det oplyses på mødet, at der findes tilbud i kommunen</p> <p>Hospitalet oplyser, at ifølge rapport er Randersklyngen de kommuner, der har flest uheldsmæssige indlæggelser.  En forklaring på forskelligheder kan blandt andet være uens registreringspraksis. Tallene analyseres p.t.</p>	
<p><b>AD. 5: Orientering om arbejdet i Sundhedsstyregruppen</b>  <u>Indstilling:</u>  At klyngestyregruppen informeres om emner behandlet i Sundhedsstyregruppen</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u>  På mødet i Sundhedsstyregruppen i maj blev sundhedssamarbejdets organisering, opfølgning på sundhedsaftalen og fælles ledelsesudviklingsforløb for Sundhedsstyregruppen.</p>	
<p><b>AD. 6: Status på løsning af problemerne med FMK</b>  Pga. tidsmangel er kun enkelte spørgsmål i sagsfremstillingen drøftet. Spørgsmålene har været forelagt Overlæge Klaus Roelsgaard</p> <p><u>Beslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Svar på de enkelte spørgsmål indsættes og markeres med blå</li> <li>• Spørgsmålene videresendes til den centrale gruppe</li> </ul> <p><u>Sagsfremstilling:</u>  Der ønskes en status på, hvornår problemerne med FMK forventes løst. Enkelte af de konkrete udfordringer er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange opdateringer også selv om der ikke er ændringer i ord. Hver</li> </ul>	

gang der bestilles medicin eller egen læge har været inde på medicinlisten bliver præparaterne "gule" og skal opdateres enkeltvis. Det giver mange klik pr. borger.

**Svar:** Det er et problem, der vil være markant i indkøringsfasen af FMK, hvor der vil være mange forskelle mellem medicinlisterne på FMK og i de lokale systemer. Lægerne er undervist i, at ordinationerne på FMK kun skal ændres, hvis det er nødvendigt. Det forventes at problemets omfang mindskes efterhånden som alle medicinlister bliver opdaterede.

- Når der er flere læger tilknyttet (egen læge, speciallæge, amb, psyk osv.) De forskellige læger vil ikke ændre eller bestille medicin ordineret af special læge. Ofte er det meget svært at få kontakt til disse speciallæger. Kræver rigtig meget tid i tlf.

**Svar:** Det kan struktureres bedre end det er nu. Det må først og fremmest dreje sig om patienter, der går i de medicinske ambulatorier med en kronisk sygdom (er der andre?) Forslag: Medicinsk afdeling laver en liste til kommunerne over ambulatoriernes telefonnumre og telefontider (eller skal det gå over kontaktpunktet (hospitalets hovednummer)?). På et tidspunkt bliver det muligt for kommunerne at bestille medicin over FMK på hospitalsambulatorierne, men der er ingen tidsplan for det endnu.

**På mødet blev foreslået, at lægerne bestiller medicin indtil næste kontrol**

- Fejl i ordination. Ofte er der ikke slutdato på antibiotika kur og lign. Der er fortsat dobbeltordinationer hvor lægen ændrer i ord. ved at oprette nyt præparat og ikke afslutte det gamle. Dette kræver medcom korrespondance, tit flere gange for at få det rettet i FMK.

**Svar:** Her skal kommunen bruge hospitalets kontaktpunkt for at komme i kontakt med afdelingens bagvagt, som skal rette dette. Hospitalet oplever, at hjemmesygeplejerskerne ikke kender kontaktpunktet. **Tlf. 78420000** – oplys det drejer sig om FMK og bed om omstilling til afdelingens bagvagt.

- FMK som kalendersystem for lægerne. Borgere på dosispk. har oftest en slutdato på faste præparater. Vi har fået at vide at lægerne bruger det som kalendersystem så de kan huske hvornår de skal ind og forny recepter. Det betyder at præparatet forsvinder fra vores system, hvis det overskrider slutdato. Løsning er aktuelt at lave screenprint af alle medicinlister inden vi opdatere. Meget omstændigt arbejde.

**Svar:** Kun praktiserende læger laver dosisdispenserings recepter. Det er et krav fra Sundhedsstyrelsen, at der skal være slutdato på dosisdispenserings recept. På FMK er der i den nuværende version ingen andre steder at sætte slutdatoen end i feltet for doserings slutdato. Der er ingen god løsning før næste version af FMK bliver implementeret – formentlig ultimo 2017.

**Syddjurs** oplyser efter mødet, at med apoteker og praksiskonsulent er aftalt, at apotekerne beder om forlængelse af dosisdispenseret medicin (6 uger), så vurderer lægerne om borger skal komme til konsultation inden forlængelse. Hvis borger ikke er kendt i hjemmeplejen sender lægen brev til borger. Apotekerne sætter udløbsdato ud fra det præparat, som udløber først, så der laves samlet fornyelse.

- Lægerne udfylder ikke ord. dato og kl. slet. nederst på præparatet. Det kan vi gøre manuelt, men hver gang, der laves opdatering, kræver det, at vi gør det samme igen, selv om der ikke er ændringer. Dette fordi det ikke er tastet ind hos egen læge, men står som en bemærkning fx gives 1 tbl. mane. Det fører vi selv ind nederst på præparatsiden efter, det er åbnet op.

**Svar:** Det er et problem, som stammer fra praksis. Det omfatter ikke hospitalet, hvor der kun kan overføres ordinationer med

doseringstidspunkter til FMK (f.eks. 1 tablet mane). Praksissystemerne kan overføre fritekst doseringer (lægen taster dosis ind manuelt, f.eks. 1 stk. mane), doseringer uden doseringstidspunkt (f.eks. 1 tablet dagligt) og ordinationer uden startdato (startdato: Ukendt). Problemet er kendt, men har ikke nogen umiddelbar løsning, da både Sundhedsdatastyrelsen og PLO fastholder, at praksis har lov til at gøre sådan. Klaus Roelsgaard vil tage det op i den nationale klinikergruppe, men chancen for at få det ændret på kort sigt er ikke stor. En del af problemet kan dog undgås ved forbedring af kommunernes EOJ systemer.

- Problemer med bestilling. Ved bestilling over FMK kommer der en lille cirkel ud for præparatet, som viser at bestillingen er sendt. Den skulle gerne forsvinde igen, når ordren er sendt ud til borger. Det sker kun i nogle tilfælde. Andre forsvinder cirklen ikke. Det betyder, at vi ikke kan genbestille præparat næste gang vi doserer. I stedet kan vi bestille nogle andre over FMK og så derefter sende medcom med resten af bestillingen. Det giver dobbeltarbejde.

**Svar:** Det har formentlig noget at gøre med praksis måde at håndtere bestillingen på. Hospitalet er ikke en del af dette problem, da vi ikke modtager bestillinger over FMK.

Drøftelse:

Det foreslås at spørgsmålene sendes til den centrale arbejdsgruppe. Peter Mikkelsen oplyser, at han sidder i den centrale gruppe.

**AD. 7: Udlevering af sygeplejeartikler, hvor hjemmesygeplejen ikke er involveret**

Beslutning:

- Sebastian tager dagsordens punktet med til drøftelse i hjælpemiddelgruppen og giver tilbagemelding om resultat

Sagsfremstilling:

Både på sygehus og i kommunerne er der fokus på, at de borgere, der kan klare sig selv – skal understøttes i dette. Således er der borgere, der udskrives fra sygehuset, og fortsætter med efterfølgende kontrol på ambulatorier, uden at den kommunale hjemmepleje involveres. Dette giver anledning til en drøftelse af, hvordan borgerne bliver forsynet med f.eks. de nødvendige sårplejeprodukter til behandlingen i hjemmet. Når kommunen udleverer sygeplejeprodukter sker det med afsæt i Servicelovens § 122:

”Sygeplejeartikler og lign.

§ 122. Kommunalbestyrelsen kan, såfremt udgiften ikke dækkes på anden vis, yde hjælp til sygeplejeartikler og lign., når

- 1) nærtstående i forbindelse med et etableret plejeforhold, jf. § 119, passer en døende,
- 2) kommunen varetager plejen helt eller delvis eller kommunalbestyrelsen yder tilskud efter § 95 til hjælp, som familien selv antager, eller
- 3) et hospice varetager plejen.

Stk. 2. Hjælpen ydes uden hensyn til den pågældendes eller familiens økonomiske forhold..

Da det må være hensigtsmæssigt, at borgerne klarer sig selv så meget som muligt, lægges op til en drøftelse af præcedens og hjemmel.

Drøftelse:

Punktet blev ikke drøftet, da det drøftes i den regionale hjælpemiddelgruppe.



<p><b>AD. 8: Akut fagligt råd</b>  <u>Beslutning:</u>  Punktet udgik pga. manglende tid.</p> <p><u>Sagsfremstilling:</u>  Der gives et kort indlæg om arbejdet i akut fagligt råd med fokus på den kommunale repræsentation.</p>	
<p><b>AD. 9: Anvendelse af ambulancepersonale i forbindelse med forebyggelse af indlæggelser</b></p> <p><u>Sagsfremstilling:</u>  Punktet er dagsordenssat for at høre om hospitalet har gjort sig tanker om, hvilke opgaver ambulancepersonalet kan udføre.</p> <p>Hospitalet oplyser, at der er udarbejdet en retningslinje, der beskriver hvordan ambulancetjenesten kan bistå ved udførsel af opgaver i borgerens eget hjem.  Målgruppe: Patienter der som følge af indsatsen kan udskrives fra hospitalet tidligere eller hvis brug af åbne indlæggelser/ambulante hospitalsbesøg vil kunne forebygges. Der er tale om <b>ikke akutte</b> patienter i den sekundære sundhedssektor. Børn under 15 år er ikke omfattet af indsatsen.</p>	
<p><b>10. Sundhedsaftalen 2015 – 2018</b>  <u>Beslutning:</u>  Punktet ikke nået. Der orienteres skriftligt. Se nedenstående.</p> <p><u>Indstilling:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At klynge styregruppen informeres om status ift. implementering</li> <li>• At klynge styregruppen drøfter igangsættelse af evt. nye initiativer</li> </ul> <p><u>Sagsfremstilling:</u>  Der informeres om status ift. hjerterehabilitering, fremskudt rygestop indsats, aftalen om IV behandling i eget hjem og der informeres om problemer ved oprettelse af delestillinger (Randers Kommune).  Ledsagerordningen drøftes: Arbejdsgangen er tydeligt beskrevet, og det er også oplevelsen, at den er kendt i organisationerne. I enkelte situationer skal den samme borger ledsages flere gange i forbindelse med et behandlingsforløb. Ud fra et regelforenklingsprincip kunne det være en lettelse, at aftale og ansøgning kunne gælde for flere "ledsagelser" eller hele behandlingsforløbet (Norrdjurs Kommune).</p> <p><b>Hjerterehabilitering:</b>  Der planlægges prøvehandling fra ca. 01.10.16 og fuld overdragelse til kommunerne 01.01.17.</p> <p><b>Fremskudt rygestop indsats:</b>  I to måneder er der gennemført prøvehandling i ortopædkirurgisk ambulatorium, hvor kommunerne på skift har været til stede i ambulatoriet to timer om ugen. Prøvehandlingen har ikke haft den ønskede effekt. I alt 4 patienter blev henvist til rygestop via den fremskudte funktion.</p> <p><b>Regional aftale om IV behandling i eget hjem:</b>  Ifølge regionen forventes aftalen behandlet på møde i Sundhedsstyregruppen 01.09.16. Der arbejdes stadig på økonominotat (Mads Venø).</p> <p><b>Delestillinger Randers kommune:</b>  I det udkørende geriatriske team (pilotprojekt) er der ansat to</p>	

<p>sygeplejersker i delestilling mellem hospitalet og Randers Kommune – den ene ansat på hospitalet med funktion halvdelen af tiden i kommunen og den anden modsat. Den kommunalt ansatte medarbejder kan ikke få adgang til hospitalets EPJ system, mens den hospitalsansatte har fået adgang til det kommunale EOJ system. Løsningen har været, at begge er ansat på hospitalet.</p> <p><b>Ledsagerordning – Norddjurs Kommune:</b> Der kan indgås aftale om ledsagelse for flere besøg (forløb)</p>	
<p><b>AD. 11: Evt.</b> Randers kommune ønsker oplyst om Regionshospitalet Randers har en målsætning om en gennemsnitlig liggetid på 1.8 dag? Hospitalet har ingen målsætning om liggetid – har en forventning om, at liggetiden vil blive længere, når flere og flere forløb omlægges til ambulante behandling og kun de dårligste patienter ligger i sengene. Favrskov oplyser, at de sidste tal de har modtaget, viser at liggetiden er lidt længere.</p>	
<p><b>AD. 12. Næste møde:</b> Hospitalsledelsen er forhindret i at deltage i møde 15.11.16, hvorfor mødet flyttes til <b>29.11.16 kl. 14.30 – 16.30.</b> Der udsendes bookingaftale</p>	

**I mødet deltog:****Randers Kommune:**

Pia Ravnsbæk Bjærge, [pia.ravnsbaek.bjaerge@randers.dk](mailto:pia.ravnsbaek.bjaerge@randers.dk)

**Favrskov Kommune:**

Sundhedschef Birgitte Holm Andersen, [biha@favrskov.dk](mailto:biha@favrskov.dk)

Ældrechef Peter Mikkelsen, [pm@favrskov.dk](mailto:pm@favrskov.dk)

Praksiskonsulent Poul Kraghede, [kraghede@dadlnet.dk](mailto:kraghede@dadlnet.dk)

**Norrdjurs kommune:**

Ældrechef Søs Fuglsang [abskf@norrdjurs.dk](mailto:abskf@norrdjurs.dk)

Områdeleder Anne Aastrup [anna@norrdjurs.dk](mailto:anna@norrdjurs.dk)

**Syddjurs Kommune:**

Ældrechef Ingelise Juul, [iju@syddjurs.dk](mailto:iju@syddjurs.dk)

Direktør for sundhed-, social- og arbejdsmarked Jørgen Andersen, [ja@syddjurs.dk](mailto:ja@syddjurs.dk)

**PLO – Region Midtjylland:**

Birgitte Borup [BirgitteBorup@dadlnet.dk](mailto:birgitteborup@dadlnet.dk)

**Region Midtjylland:**

Fuldmægtig Sebastian Christoffanini [sebchr@rm.dk](mailto:sebchr@rm.dk)

Koncerndirektør Christian Boel

**Regionshospitalet Randers/Grenå:**

Sygeplejefaglig direktør Marianne Jensen, [Chefspl.Marianne.Jensen@randers.rm.dk](mailto:Chefspl.Marianne.Jensen@randers.rm.dk)

Lægefaglig direktør Lone Winther Jensen, [Lone.W.Jensen@randers.rm.dk](mailto:Lone.W.Jensen@randers.rm.dk)

Praksiskonsulent Thomas Clausen [doctorclausen@gmail.com](mailto:doctorclausen@gmail.com)

Specialkonsulent Hanne Mark, [hanne.mark@randers.rm.dk](mailto:hanne.mark@randers.rm.dk)

**Fraværende:****Randers Kommune:**

Sundheds- og ældredirektør Erik Mouritsen, [erik.mouritsen@randers.dk](mailto:erik.mouritsen@randers.dk)

Sundhedschef Lene Jensen, [lene.jensen@randers.dk](mailto:lene.jensen@randers.dk)

**Favrskov Kommune:**

Direktør Kate Bøgh [katb@favrskov.dk](mailto:katb@favrskov.dk)

Økonomikonsulent Bodil Petersen, [bop@favrskov.dk](mailto:bop@favrskov.dk)

Praksiskonsulent Poul Kraghede, [kraghede@dadlnet.dk](mailto:kraghede@dadlnet.dk)

Tina Bak – Møller [tibm@favrskov.dk](mailto:tibm@favrskov.dk)

**Norrdjurs Kommune:**

Socialdirektør Kenneth Koed Nielsen, [kenneth.koed.nielsen@norrdjurs.dk](mailto:kenneth.koed.nielsen@norrdjurs.dk)

**Syddjurs Kommune:**

Økonomikoordinator Else Pedersen, [epd@syddjurs.dk](mailto:epd@syddjurs.dk)

Praksiskonsulent Jeanette Jensbæk [jensbaek@dadlnet.dk](mailto:jensbaek@dadlnet.dk)

**Kommunernes kontaktråd:**

Konsulent Jonna Holm Pedersen, [jhp@kl.dk](mailto:jhp@kl.dk)

**Region Midtjylland:**

Kontorchef Jens Bejer Damgaard, [jens.damgaard@stab.rm.dk](mailto:jens.damgaard@stab.rm.dk)

**Regionshospitalet**  
Randers og Grenaa