

Kommune- kontaktrådet		Region Syddanmark
----------------------------------	--	------------------------------

Sundhedsaftaler 2008

Grundaftaler

15. juli 2008

Indholdsoversigt:

Grundaftaler om tværgående temaer	side 3
▪ Grundaftale om samarbejdsstrukturen på sundhedsområdet	side 4
▪ Grundaftale om dokumentation af aktivitet	side 9
▪ Grundaftale om indsatsen for personer med kronisk sygdom	side 11
▪ Grundaftale om it-strategi for tværsektoriel kommunikation	side 15
Grundaftale om udskrivningsforløb for svage ældre	side 21
Grundaftale om indlæggelsesforløb	side 35
Grundaftale om genoptræning	side 43
Grundaftale om hjælpemiddelområdet	side 53
Grundaftale om forebyggelse og sundhedsfremme	side 61
Grundaftale om indsatsen for mennesker med sindslidelse	side 75

Bilag til grundaftalerne findes særskilt.

Grundaftaler for tværgående temaer

15. juli 2008

Grundaftale om samarbejdsstruktur på sundhedsområdet i Region Syddanmark

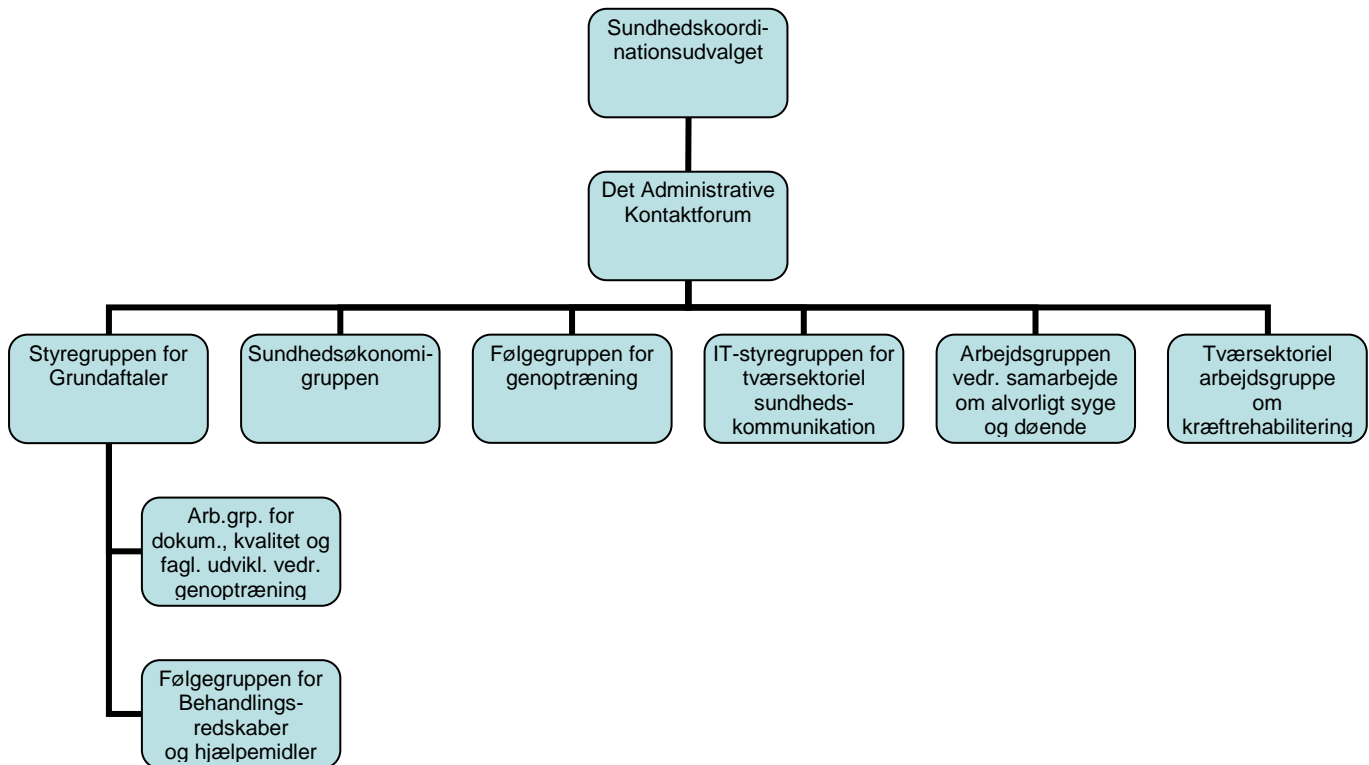
1. Formål

Der er på tværs af kommune, region og praksissektor etableret en permanent samarbejdsstruktur til at sikre løbende dialog og samarbejde mellem kommuner, almen praksis og sygehuse om kvaliteten og udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til borgerne, herunder især sikringen af sammenhængende patientforløb. Endvidere skal samarbejdet sikre implementering, overvågning, opfølgning og udvikling af sundhedsaftalerne mellem kommuner og region.

Samarbejdsstrukturen kan opdeles to søjler: Det regionale samarbejde på tværs af alle 22 kommuner, almen praksis og region og det lokale samarbejde mellem det enkelte sygehus og de kommuner, der har hovedparten af sine patientkontakter til det pågældende sygehus.

1.1. Det regionale samarbejde

Strukturen for det regionale samarbejde fremgår af nedenstående organisationsdiagram. Efterfølgende beskrives de to øverste organer: Sundhedskoordinationsudvalget og Det Administrative Kontaktforum. I forhold til de øvrige styregrupper, følgegrupper og arbejdsgrupper henvises der til kommissorierne for disse grupper, som er at finde på www.regionsyddanmark.dk. > sundhed > kommuner > samarbejde med kommuner.



Oversigt over samarbejdsstruktur februar 2008

Sundhedskoordinationsudvalget

På det regionale niveau er det øverste politiske organ Sundhedskoordinationsudvalget, som er sammensat af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunerne i Region Syddanmark (KommuneKontaktrådet) og almen praksis i regionen (Praksisudvalget for almen praksis).

Sundhedskoordinationsudvalget har bl.a. til opgave at:

- Udarbejde generelt udkast til sundhedsaftaler
- Vurdere udkast til regionens sundhedsplan og bidrage med anbefalinger vedrørende sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, almen praksis og kommuner
- Drøfte emner af betydning for sammenhængen i behandlingsforløb mellem sygehuse, almen praksis og kommuner
- Informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold, der kan fremme sammenhæng i behandlingsforløb, der rækker ud over Region Syddanmark

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum er det øverste administrative organ bestående af kommunale og regionale repræsentanter. Det Administrative Kontaktforum har til opgave at koordinere arbejdet under Sundhedskoordinationsudvalget samt drøfte samarbejdet mellem kommune og region på et strategisk niveau.

Der er en række styre- og følgegrupper, der refererer til Det Administrative Kontaktforum. Disse er følgende: Styregruppen for grundaftaler, IT-Styregruppen for tværsektoriel sundhedskommunikation, Økonomigruppen, Følgegruppen for genoptræning, Arbejdsgruppen vedr. palliativ indsats og en tværsektoriel arbejdsgruppe om kræftrehabilitering. Desuden refererer en række arbejdsgrupper/følgegrupper til Styregruppen for grundaftaler.

1.2. Det lokale samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis

Det lokale samarbejde udmøntes i lokale samordningsfora geografisk knyttet til de enkelte sygehusenheder og de psykiatriske driftsenheder. Disse fora skal omfatte de kommuner, sygehuset har hovedparten af sine patientkontakter til, samt praksisrepræsentanter udpeget af Praksiskonsulentorganisationen og Praksisudvalget. Kommuner, der samarbejder i større omfang med flere sygehuse, deltager i de respektive samarbejdsfora efter aftale.

Opgaver

De lokale samordningsfora har til opgave at medvirke til gennemførelse af sundhedsaftalerne på de enkelte indsatsområder samt at leve op til aftalernes grundlæggende formål og værdier.

Endvidere har de lokale samordningsfora til opgave at sikre løbende dialog og samarbejde mellem de tre sektorer om kvaliteten og udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til borgerne.

Konkret skal de enkelte samordningsfora bl.a.

- Sikre sammenhængende patientforløb mellem de tre sektorer
- Varetage den lokale udmøntning af kronikerstrategien
- Følge samarbejdet mellem de tre sektorer løbende og evaluere de enkelte indsatser i sundhedsaftalerne, herunder overveje forslag til justeringer og opdateringer
- Implementere den nye samarbejdsaftale for såvel somatikken som psykiatrien
- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv.

- Koordinere kapacitet mellem kommuner og sygehuse særligt i forhold til den fremtidige øgede opgavevaretagelse i primærsektoren og den vedvarende omlægning af patientforløb fra stationært til ambulante regi
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver/projekter.
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet mellem de tre sektorer
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Behandle fortolkningsspørgsmål

For at sikre løbende dialog og samarbejde bør det lokale samordningsforum tilstræbe 5-6 møder om året.

Repræsentation i fora

Hvert sygehus repræsenteres af repræsentanter for sygehusledelsen samt relevante afdelingsrepræsentanter. Hver kommune repræsenteres ved en eller flere chefer på omsorgs-, trænings-, økonomi- og forebyggelsesområderne samt evt. medarbejdere.

Kompetencer og reference

De lokale samordningsfora kan træffe beslutninger om koordinering og udmøntning inden for de rammer, der er udstukket af de respektive myndigheder. Spørgsmål af mere vidtgående karakter forelægges kommuner hhv. region til afgørelse.

De lokale samordningsfora afgiver en årlig beretning til Sundhedskoordinationsudvalget samt de respektive parter om varetagelsen af opgaverne i henhold til sundhedsaftalerne samt om forhold, der har været drøftet i det forgangne år.

De lokale samordningsfora har mulighed for at anmode Sundhedskoordinationsudvalget om at drøfte problemstillinger. Dagsordener og referater tilgår sekretariatet for Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark.

Såfremt de lokale samordningsfora behandler spørgsmål under grundaftalerne af principiel karakter, forelægges spørgsmålene for Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter til afgørelse.

De lokale samordningsfora fremsender årligt en oversigt over behandlede fortolkningsspørgsmål til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

2. Fælles praksiskonsulentordning

Efter beslutning i Sundhedskoordinationsudvalget er der etableret en fælles praksiskonsulentordning i Region Syddanmark med deltagelse af almen praksis, kommuner og regionens sygehuse.

Formålet med praksiskonsulentordningen er at udgøre et redskab i arbejdet med udvikling, implementering, monitorering og evaluering af de tværsektorielle patientforløb i regionen. Endvidere skal ordningen være et redskab i arbejdet med kvalitetsudvikling af kommunikation og information om patientforløb, aftaler og beskrivelser på tværs af sektorgrænser.

Et væsentligt formål med ansættelsen af kommunale praksiskonsulenter er at give sparring til kommunerne i forhold til deres nye opgaver og roller på sundhedsområdet samt at være det lokale bindeled til almen praksis. Den kommunale praksiskonsulent refererer til kommunen, som er den primære samarbejdspart og hvis ønsker er bestemmende for praksiskonsulentens nærmere virke.

Til at understøtte de enkelte praksiskonsulenter i deres arbejde samt til at varetage overordnede koordinerende funktioner og kommunikation, er der ansat praksiskoordinatorer og der er etableret et fælles sekretariat for praksiskonsulentordningen.

Praksiskonsulenter i kommunerne aflønnes af vedkommende kommune, mens praksiskonsulenter på sygehuse samt praksiskoordinatorer aflønnes af regionen. Sekretariatet finansieres i fællesskab af kommuner og region.

Praksiskonsulentordningen i Region Syddanmark udmøntes inden for den af Sundhedskoordinationsudvalget vedtagne aftaleramme af Samarbejdsudvalget for almen lægegerning.

3. Praktiserende behandleres deltagelse i tværsektorielle samarbejds- og udviklingsaktiviteter

Ved deltagelse af alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller evt. andre praktiserende behandlere som faglige rådgivere i tværsektorielle møde- og planlægningsaktiviteter o.lign. afholdes honorarudgifter til disse efter følgende retningslinier:

- honorarer administreres på grundlag af gældende aftaler,
- deltagelse i samarbejdsorganer og planlægningsgrupper, der er fastlagt i sundhedsaftaler, finansieres af regionen,
- deltagelse i udviklings- og projektaktiviteter mv. der igangsættes på initiativ af regionen eller sygehusene, finansieres af regionen,
- deltagelse i samarbejds- og udviklingsaktiviteter, der igangsættes på initiativ af en eller flere kommuner, finansieres af vedkommende kommuner,
- deltagelse i udviklings- og projektaktiviteter, der igangsættes efter lokal aftale mellem et sygehus og kommuner, finansieres af sygehuset og vedkommende kommuner med 50% til hver.

4. Ikrafttræden og revision af sundhedsaftalerne

Sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og kommunerne træder i kraft 1. januar 2009 og har gyldighed til udgangen af 2010.

Ændringer i det generelle aftaleindhold behandles i Sundhedskoordinationsudvalget inden forelæggelse for regionsråd og kommunalbestyrelserne.

Ændringer i sundhedsaftalernes specifikke indhold for kommunen eller for sygehuset godkendes af regionsrådet og kommunalbestyrelserne.

Hvis der sker væsentlige ændringer i en sundhedsaftale, skal sundhedsaftalerne for vedkommende kommune sendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Som væsentlige ændringer opfattes ændringer i principper for arbejdsdeling, koordination og planlægning.

5. Fortolkning af aftaler

Uafklarede spørgsmål om fortolkning af elementer i sundhedsaftalerne, herunder økonomiske forhold, afklares i hverdagen på stedet uden opsættende virkning, således at borgeren oplever et sammenhængende forløb.

Fortolkningsspørgsmål behandles i de lokale samordningsfora.

Såfremt der er tale om spørgsmål af principiel karakter, forelægges spørgsmålene for Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter til afgørelse.

De lokale samordningsfora fremsender årligt en oversigt over behandlede fortolkningsspørgsmål til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Grundaftale om dokumentation af aktivitet

1. Udveksling af data vedr. aktivitet og økonomi

Region Syddanmark og kommuner stiller i muligt omfang de nødvendige data om egen aktivitet og service mv. til rådighed for hinandens analyse- og planlægningsarbejde.

Den primære kilde for aktivitetsdata er det kommunale E-sundhed, som stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen. Derudover stiller Region Syddanmark supplerende data til rådighed via regionens hjemmeside i det såkaldte kommunale vindue¹. Det er hensigten, at de supplerende data afgrænses til specifikke områder eksempelvis genoptræningsplaner, genindlæggelser, overflytninger mellem sygehuse, hvor E-sundhed ikke giver mulighed for at trække data. De supplerende data opgøres så vidt muligt som totaler fordelt på kommuner, sygehuse, afdelinger, alder og tid mv. Prioriteringen og udvælgelse af de specifikke områder, hvor regionen stiller supplerende data til rådighed forankres i en arbejdsgruppe under den kommunale/regionale Sundhedsøkonomigruppe.

I forbindelse med opfølgning på afregningen af den kommunale medfinansiering udarbejdes materiale, der løbende belyser størrelsen af den månedlige efterregistrering, som ligeledes gøres tilgængelig via det kommunale vindue.

2. Løbende opfølgning på den kommunale medfinansiering herunder kontrolprocedurer

Region Syddanmark udarbejder løbende en status på afregning af den kommunale medfinansiering og orienterer særskilt om problemstillinger af enten registrerings- eller afregningsmæssig karakter, der kan have indflydelse på den kommunale medfinansiering, i det omfang, regionen bliver opmærksom på det. Orientering forankres i den kommunale/regionale Sundhedsøkonomigruppe og formidles via det kommunale vindue.

Region Syddanmark udarbejder endvidere en redegørelse til kommunerne for hvilke kontrolprocedurer eksempelvis stikprøver, benchmark og audits mv., der er iværksat for at kvalitetssikre og validere de aktivitetsdata, som ligger til grund for afregning af den kommunale medfinansiering.

Det Administrative Kontaktforum har på et overordnet strategisk niveau løbende fokus på ovenstående punkter.

3. Kontaktpersoner i forhold til den kommunale medfinansiering

Region Syddanmark udmelder regionale kontaktpersoner i forhold til den kommunale medfinansiering. Kontaktpersoner som kan håndtere kommunale henvendelser omkring betalingssystem og afregning indenfor såvel somatik som psykiatri, samt henvendelser af mere registreringsmæssig karakter. Kontaktoplysninger formidles via det kommunale vindue.

4. Kommunekonsekvensvurderinger

For at sikre mulighed for tilpasning af kapacitet i kommunerne ved planlægning af større strukturændringer, organisationstilpasninger og introduktion af nye behandlingstilbud mv. i sygehusene, udarbejder Region Syddanmark i samarbejde med de berørte kommuner en vurdering af de sandsynlige konsekvenser heraf.

¹ <http://www.regionsyddanmark.dk/wm226058>

Vurderingen drøftes i de berørte lokale samordningsfora. Større ændringer forelægges desuden i Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Vurderingen omfatter et overordnet skøn for antallet af berørte borgere i den enkelte kommune samt for tendensen i kommunernes samlede ressourceforbrug i forhold til opgaver, der påvirkes af den påtænkte handling, dvs. den sandsynlige retning i udviklingen af personalebehov, kompetencebehov samt samarbejdsrelationer på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Vurderingen kan ikke stille borgere en specifik udførelse af kommunale ydelser i udsigt.

De enkelte sygehuse i Region Syddanmark udarbejder sammen med deres samarbejdskommuner en tilsvarende vurdering ved planlægning af aktivitetsændringer, herunder ved ekstra indsatser for nedbringelse af ventelister på udvalgte områder. Vurderingen drøftes i de lokale samordningsfora.

Kommuner, der planlægger udbygninger, omstillinger eller projekter med konsekvens for et eller flere af regionens sygehuse, udarbejder sammen med sygehusene en vurdering heraf, som drøftes i de relevante lokale samordningsfora.

Vurderinger af konsekvenser er et supplement til den øvrige dialog om kapacitet, der pågår i de lokale samordningsfora. Tidsperspektiv for vurdering afhænger af de konkrete påtænkte tiltag.

Ved etablering af eventuelle arbejdsgrupper mv. opfordres til, at overvejelser om konsekvenser for kommunerne og sygehuse indskrives i kommissorier.

5. Udveksling af information om de enkelte patientforløb

Rammerne for udveksling af information om de enkelte patientforløb fastlægges i grundaftalerne vedr. udskrivningsforløb og indlæggelsesforløb og i gennem IT-strategien for elektronisk kommunikation i overensstemmelse med gældende regler vedr. samtykke. Såfremt kommunerne ønsker specifikke data vedr. økonomi og aktivitet på patientforløb rekvireres disse via Sundhedsstyrelsen.

Grundaftale om indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

1. Mål for indsatsen for personer med kronisk sygdom

"Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" er en strategi for, hvordan vi i fremtiden tilrettelægger indsatsen for de kroniske syge personer i den syddanske region. Strategien er lavet i et tværsektorielt samarbejde og udgør det fælles grundlag for kommunernes og regionens arbejde med udviklingen af indsatsen for kroniske patienter. Strategiens grundlæggende principper er beskrevet i denne aftale.

Indsatsen for personer med kronisk sygdom kræver nytænkning i arbejdsdeling og organisering – både internt i kommuner, hos almen praksis og på sygehusene og i samarbejdet mellem parterne, herunder også borgerne. Indsatsen betyder, som noget meget væsentligt, nye opgaver og nye roller.

Målet med indsatsen:

- Indsatsen skal bidrage til, at kronisk syge borgere gennem bedre forebyggelse, behandling, rehabilitering, pleje m.v. opnår større livskvalitet.
- Indsatsen i almen praksis, kommuner og sygehuse koordineres, så patientforløb opleves som sammenhængende.
- Indsatsen skal imødekomme det fortsat stigende pres, som sundhedsvæsenet og socialektoren oplever ved i højere grad at bidrage til, at der sker en tidlig opsporing, at der tilbydes forebyggende tiltag, at patienterne udøver egenomsorg m.v.
- Tilrettelæggelsen skal imødekomme de krav, der fra centralt hold er fremlagt i forbindelse med regeringens kvalitetsreform - "Bedre velfærd og større arbejdsglæde – I. Brugeren i centrum".

2. Implementering

Strategien anviser 21 initiativer. Initiativerne vil kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til. De lokale samordningsfora koordinerer den lokale udmøntning, herunder hvilke tiltag henholdsvis sygehuse, kommuner og almen praksis tager i opbygningsfasen. Eksempelvis vil det være i de lokale samordningsfora, at man finder ud af, hvornår parterne er klar til at indføre den individuelle behandlingsplan – Patientens Plan.

Til at understøtte en koordineret implementering skal der tilvejebringes ensartede regionale retningslinjer for strategiens initiativer. Det anbefales at nedsætte en koordineringsgruppe for hvert af de prioriterede sygdomsområder. Disse fora skal udarbejde regionalt gældende retningslinjer og standarder for sundhedsfaglige ydelser, koordination og kommunikation, stratificering, kompetenceudvikling, kvalitet og opfølgning samt implementering.

For så vidt angår det økonomiske aspekt af implementeringen af kronikerindsatsen, må der i såvel kommuner, sygehuse og almen praksis forventes betydelige ressourceomlægninger og evt. tilførsel af yderligere ressourcer. Ressourceomlægningerne og udgifterne forbundet hermed må imidlertid ses i forhold til de betydelige ressourcer, der bruges på området i dag. Implementeringen af den tværsektorielle kronikerstrategi, herunder de 21 indsatser, vil medføre udgifter til omstilling for såvel kommunerne,

sygehusene som praksissektoren, men det er i denne sammenhæng væsentligt at bemærke, at omkostningerne ved ikke at igangsætte forebyggelsesinitiativer (alternativomkostningen) også er betydelige.²

3. Arbejdsdeling

Omdrejningspunktet for de kronisk syge patienter er egen læge, der fungerer som tovholder i behandlingsforløbet i en udvidet og proaktiv rolle. Patientens individuelle behandlingsplan – Patientens Plan – er et nyt centralt redskab i samarbejdet mellem praktiserende læge, kommune og sygehus. Både kommuner og sygehuse koordinerer hver især deres opgaver i forhold til kronisk syge personer, ikke mindst i forhold til patienter med ringe egenomsorgsevne.

Kommuner og region har aftalt følgende principper som udgangspunkt for arbejdsdelingen:

- *Egen læge* varetager rollen som tovholder i behandlingsforløbet for personer med kronisk sygdom, hvilket bl.a. betyder, at egen læge foretager udredning af og information til patienten, henviser til specialiseret udredning på sygehus eller i praksis, udarbejder Patientens Plan, henviser til etablerede kommunale tilbud samt foretager opfølgende kontroller. Lægen kan trække på specialistrådgivning i forbindelse med egen udredning og kan henvise til specialiseret udredning ved sygehusambulatorier eller praktiserende speciallæge. Derudover vil lægen i øget omfang kunne trække på og uddelegere opgaver til praksispersonale.
- *Kommunen* råder over støtte-, pleje- og omsorgstilbud, tilbud om patientuddannelse, rehabiliteringstilbud samt forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Kommunen opsporer borgere i risiko for kronisk sygdom. Dette sker som led i de øvrige kommunale opgaver på bl.a. ældre-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Efter opsporing henvises til egen læge. For patienter med ringe egenomsorgsevne yder kommunen en særlig indsats, bl.a. gennem medvirken i udarbejdelse af behandlingsplan og gennem koordinering af kommunale ydelser.
- *Sygehusene* tilbyder specialiseret udredning, behandling og opfølgning og yder vejledning til almen praksis. Sygehusene tilbyder specialiseret sygdomsspecifik patientundervisning samt opfølgning i forhold til patienter med komplekse sygdomsbilleder. Sygehusene er i samarbejde med kommuner og almen praksis initiativtagende i udbredelsen af metoder til selvmonitorering og egenbehandling, bl.a. ved hjælp af telemedicin. Derudover tilbyder sygehusene specialiseret rådgivning til praktiserende læger og praksispersonale med kronikeransvar, ligesom sygehusene etablerer tilbud om ambulante planlagte udredningsforløb med kort varsel.

Herudover ligger der et medansvar hos den enkelte patient til at udøve egenomsorg og aktivt tage del i egen behandling. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på social ulighed i sundhed og det forhold, at ikke alle har lige gode forudsætninger for at udøve egenomsorg. Levevilkår kan spænde ben for, at nogle patienter er i stand til at varetage egenomsorg på en ordentlig måde.

4. Koordinering

Den individuelle behandlingsplan – Patientens Plan – er det centrale samarbejdsredskab for indsatsen. Egen læge udarbejder Patientens Plan – der indeholder målsætninger for indsatsen, hovedpunkter i behandlinger, henvisning til kommunale ydelser m.v. For personer med ringe egenomsorgsevne udarbejdes planen i et samarbejde med hjemkommunen.

² KL-konference den 15. januar 2008 – sessionen ”Er der mulighed for økonomisk gevinst ved en målrettet kronikerindsats”.

Kommunen koordinerer sin indsats for patienter med ringe egenomsorgsevne. Denne opgave omfatter dels at koordinere ydelser fra kommunens forskellige sektorer, dels at planlægge og koordinere borgerens deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud. Det er op til den enkelte kommune at vurdere, om koordineringsopgaverne kræver oprettelse af en særlig forløbskoordinatorfunktion, eller om opgaverne skal integreres i eksisterende personalefunktioner.

Sygehuset koordinerer sin indsats for patienter med kompleks sygdom. Denne opgave omfatter dels at koordinere det specialiserede udredningsforløb efter henvisning fra almen praksis, dels at koordinere i forhold til interne aktiviteter på sygehuset, herunder ambulante kontrolforløb. Det er op til det enkelte sygehus at vurdere, om opgaverne skal varetages gennem eksisterende personkontaktordninger, eller om opgaverne kræver oprettelse af en ny funktion som forløbskoordinator eller tilsvarende.

I forbindelse med udrednings- og behandlingsforløb i sygehuse koordineres indsatsen mellem sektorer og fagpersoner herudover i overensstemmelse med de regionale samarbejdsaftaler for henholdsvis det somatiske og psykiatriske område.

5. Stratificering

De tre aktører – kommuner, almen praksis og sygehuse – involveres i patientforløbet i den udstrækning, der er behov for det, og hvor deres indsats hver især er mest påkrævet. Stratificering bruges som et dynamisk redskab til at allokere grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, opfølgning m.v., herunder ikke mindst den særligt sårbare gruppe af patienter. Hensigten med stratificeringen er at anvise, hvornår kommunen inddrages i patientforløbet. Stratificeringen anfægtter ikke Sundhedsstyrelsens kronikerpyramide, der udelukkende vedrører sygdomsintensitet og behandlingsprincippet.

Når det gælder patientforløbets tilrettelæggelse og koordinering arbejdes som udgangspunkt med fire patientkategorier, hvor patientens egenomsorgsevne samt sygdommens kompleksitet er medbestemmende for indplacering.

<p>I. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkel sygdom - God egenomsorgsevne <p>→ patient + egen læge</p>	<p>II. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompleks sygdom - God egenomsorgsevne <p>→ patient + egen læge + sygehuskoordinator</p>
<p>III. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkel sygdom - Ringe egenomsorgsevne <p>→ patient + egen læge + kommunal koordinator</p>	<p>IV. Særligt sårbare patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompleks sygdom - Ringe egenomsorgsevne <p>→ patient + egen læge + kommunal- og sygehuskoordinator, afhængig af forløbet</p>

Figuren illustrer de fire stratificeringskategorier, som der arbejdes med og hvilke roller parterne har i forhold til koordinering af patientforløbet.

Ansvar for stratificering ligger som hovedregel hos den læge, der har den primære kontakt til patienten og kan undtagelsesvis foregå på sygehuset. Kommunen vil kunne blive inddraget i opgaven.

Et nærmere grundlag for stratificeringen vil blive udarbejdet i de diagnosespecifikke koordineringsgrupper, som er foreslået under pkt. 2.

Stratificering er ikke endelig, idet såvel sygdommens kompleksitet som patientens evne til egenomsorg kan ændre sig over tid. Hertil kommer, at det for de sundhedsprofessionelle i nogle situationer kan være vanskeligt at vurdere, hvor en patient hører hjemme. Af og til vil dette først vise sig, efter at behandlingsforløbet er gået i gang. Stratificeringen bør på den baggrund finde sted mindst én gang årligt, og tovholderen for behandlingen har ansvaret for opdateringen af stratificeringen.

6. Information og kommunikation

Patientens Plan udarbejdes som hovedregel af egen læge i samarbejde med patienten og er tillige det centrale kommunikationsredskab mellem egen læge, kommune og evt. sygehus, hvilket forudsætter samtykke til at kommunikere planen til de øvrige sektorer. Patientens Plan udgør endvidere lægens informationsplatform i forhold til sin patient.

Kommunen er som led i koordineringen af kommunens samlede indsats ansvarlig for information af patient og pårørende om såvel behandlingsplanen som forløb og ydelser i det kommunale regi. Kommunen sikrer endvidere, at den nødvendige information i forbindelse med de enkelte ydelser gives af vedkommende kontaktpersoner i hjemmepleje, på træningscenter mv.

Sygehuset informerer patient og pårørende om forløb og ydelser i sygehusregi i forbindelse med patientens kontakt med sygehuset. Sygehuset skal også sørge for, at relevant information bliver videreformidlet – internt og eksternt.

I forbindelse med udredning og behandling på sygehus foregår kommunikation mellem fagpersonerne samt information til og dialog med patienten herudover i overensstemmelse med de regionale samarbejdsaftaler om henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område.

7. Kvalitet

Det foreslås, at kvalitetsmonitoreringen påbegyndes umiddelbart i takt med udrulning og implementering af "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark".

Behandlingskvaliteten for patienter med kronisk sygdom vil blive overvåget gennem indberetninger til bl.a. Det Nationale Indikatorprojekt og andre kliniske databaser i overensstemmelse med krav i Den Danske Kvalitetsmodel. Udfordringen bliver i forbindelse med sidstnævnte, at såvel kommunernes som almen praksis' deltagelse i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel endnu ikke er afklaret. Det får først og fremmest betydning i forhold til kvalitetsmonitorering af tværsektorielle patientforløb.

For så vidt angår kvaliteten i samarbejdsprocesserne og i patientforløbene henvises til de regionale samarbejdsaftaler for henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område, hvor aftalerne fastlægger indikatorer for kvalitetsmåling gennem journalaudit mv..

Derudover vil der i regi af Den Danske Kvalitetsmodel blive foretaget (kvalitets)opfølgning i form af audits, patienttilfredshedsundersøgelser m.v. for en række områder, som vedrører patienter med kronisk sygdom. Det drejer sig bl.a. om aftaler om samarbejde med primærsektoren, information til almen praksis og kommuner ved udskrivelse, udarbejdelse af genoptræningsplan samt forebyggelse og sundhedsfremme.

Grundaftale om it-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation

1. Vision og målsætning for it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation

Det digitale sundhedsvæsen i Region Syddanmark er en fremtidsvision, som omfatter en elektronisk sammenkobling af sygehusene, praksissektoren og kommunerne i regionen.

Regionsrådet i Region Syddanmark og kommunalbestyrelserne i regionens kommuner har i foråret 2007 i fællesskab vedtaget en strategi for IT-understøttelse af sundhedsaftalerne og samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i Region Syddanmark. Ambitionen er, at strategien og e-kommunikation bliver et vigtigt indsatsområde i Region Syddanmark til sikring af det tværsektorielle samarbejde om det sammenhængende patientforløb.

Der er i it-strategien lavet en prioriteret handlingsplan, hvor den meddelelsesbaserede kommunikation mellem sygehuse og kommuner er udpeget som det vigtigste indsatsområde. Den meddelelsesbaserede kommunikation er den mest basale kommunikationsform, hvor den ene behandler giver information og behandlingsansvar videre til en anden behandler.

På den baggrund er igangsat 2 projekter, der - for at opnå de ønskede effekter i form af større sammenhæng og effektivitet - har deltagelse fra samtlige kommuner og sygehuse:

- *Elektronisk kommunikation mellem sygehusene og hjemmeplejen (projekt sygehus/hjemmepleje)*
- *Elektroniske genoptræningsplaner (projekt elektronisk genoptræningsplan)*

Derforuden er for de kommuner og sygehuse, som ønsker det, igangsat følgende projekt:

- *Elektronisk kommunikation mellem sygehusene og sundhedstjenesten (projekt sygehus/sundhedspleje)*

Til den meddelelsesbaserede kommunikation anvendes MedComs kommunikationsstandarder, som giver mulighed for at udveksle struktureret og personhenførbare sundhedsfaglig information og dermed sikre ensartet kommunikation til og fra samarbejdsparter regionalt men også nationalt.

Foruden den meddelelsesbaserede kommunikation udpeger it-strategien *Telemedicin* som et område med et stort potentiale for at udbygge digitaliseringen af det tværsektorielle samarbejde om specielt kronikerforløb.

Til understøttelse af sundhedsaftalerne er vedtaget at etablere en fælles informationsplatform for kommuner, sygehuse og lægepraksis med information om behandlingstilbud, kontaktinformation og patientforløbsbeskrivelser:

- *Projekt fælles informationssystem – VisinfoSyd*

Der er igangsat en udredning med det formål at lave en handleplan for meddelelsesbaseret kommunikation på det psykiatriske område mellem regionen og kommunerne parallelt med handleplanen for det somatiske område.

Slutteligt igangsættes *udredningsprojekter* inden for forebyggelsesområdet og syge/dagpengeområdet, hvor kommunikationsbehov og –muligheder skal afdækkes.

Udgangspunktet for denne prioritering har været dels at opnå et generelt højere digitaliseringsniveau med udbredelsesprojekterne i hele regionen, dels at give mulighed for også at "vise vejen videre frem" i form af spydspidsprojekter. Og samtidig med dette igangsætte udredningsarbejde, der kan danne baggrund for påbegyndelse af nye egentlige implementeringsprojekter.

2. Handlingsplan

2.1. Projekt fælles informationssystem – VisinfoSyd

Projektets mål er at understøtte sundhedsaftalerne ved at sikre relevant og opdateret information om undersøgelses- og behandlingstilbud på tværs af sektorerne. Det skal sikre, at patienten henvises til den rette instans og oplever sit behandlingsforløb som et sammenhængende hele, selv om mange instanser bidrager i behandlingsforløbet. Det bliver muligt at lægge information ind i VisinfoSyd, som kan udskrives til patienten af behandleren.

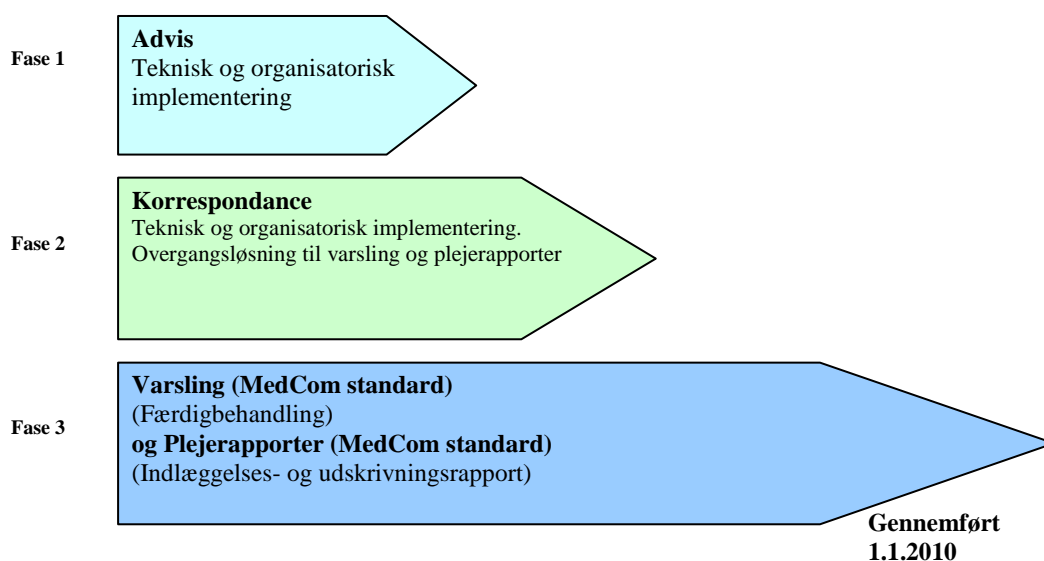
Systemet sættes i drift i foråret 2008.

2.2. Projekt sygehus/hjemmepleje

Sygehus-hjemmeplejeprojektets formål er at understøtte samarbejdsaftalerne mellem kommuner og sygehuse i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af borgere. Målsætning er teknisk og organisatorisk implementering af MedComs kommunikationsstandarder for henholdsvis advis, varsling samt indlæggelses- og udskrivningsrapport.

Deltagere: Alle sygehuse og alle kommuner

Projektet kan overordnet set opdeles i følgende 3 faser:

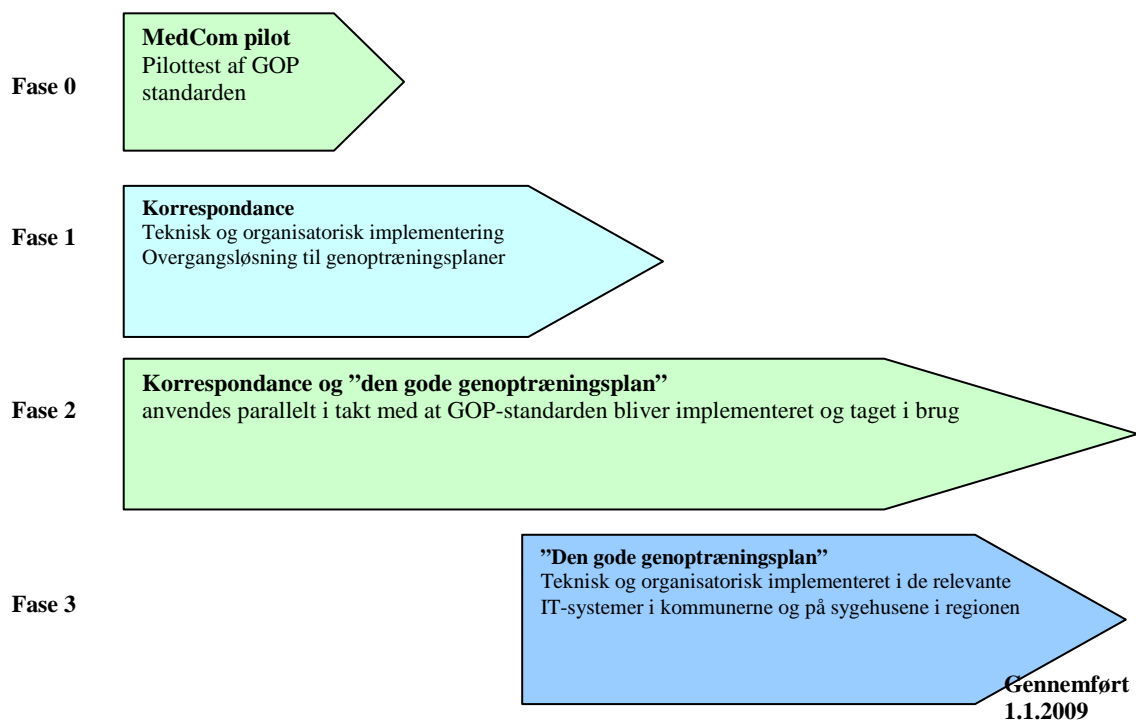


2.3. Projekt elektronisk genoptræningsplan

Projektets formål er at understøtte sundhedsaftalerne omkring genoptræning og dermed skabe bedre patientforløb for patienter med genoptræningsbehov. Målsætningen er teknisk og organisatorisk implementering af MedComs kommunikationsstandard for genoptræning.

Deltagere: Alle sygehuse og alle kommuner

Projektet kan overordnet set opdeles i følgende 3 faser:

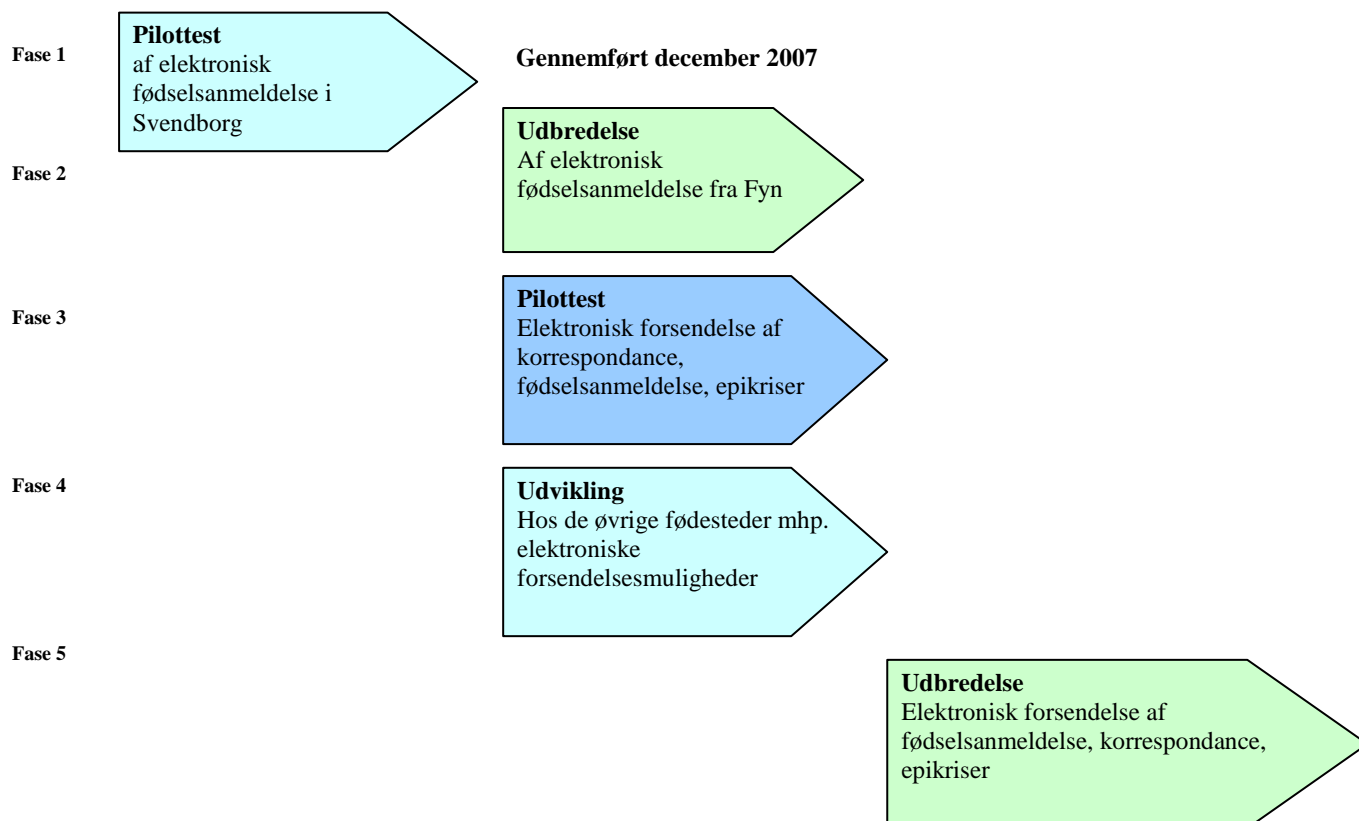


2.4. Projekt sygehus/sundhedstjeneste

Projektets mål er at understøtte samarbejdet mellem kommuner og sygehuse i forbindelse med tværsektorielt samarbejde om fødsler. Målsætningen er implementering af MedComs kommunikationsstandarder for henholdsvis fødselsanmeldelse, korrespondance og relevante epikriser.

Deltagere: Interesserede sygehuse og kommuner

Projektet er overordnet opdelt i følgende 5 faser:



2.5. Telemedicin

Målsætningen er understøttelse af sundhedsaftalerne – med særligt fokus på tværsektoriel behandling af kronisk syge borgere. Telemedicinsk teknologi kan tages i anvendelse til eksempelvis patientmonitorering i eget hjem og videokonferencer – og kan således bidrage til at undgå ambulante besøg og indlæggelser.

Der er flere spydspidsprojekter i gang på nuværende tidspunkt i Region Syddanmark. Erfaringerne vil danne grundlag for en plan for udbredelse af de teknologier, der har vist sig mest brugbare. Det er vigtigt at sikre vidensoverførsel og koordinering mellem de telemedicinske projekter, således at den enkelte kommune/det enkelte sygehus kan gøre brug af andre kommuners/sygehuses erfaringer.

Der arbejdes pt. med følgende områder og projekter:

- Telemedicinsk understøttelse af sårbehandling (Sår i Syd)
- Telemedicinsk understøttelse af AK-behandling (Web-AK)

- Telemedicinsk understøttelse af KOL-behandling
- Telemedicinsk behandling af hudlidelser (Teledermatologi)
- Anvendelse af videokonferenceudstyr til udskrivningskonference

Kommunernes og sygehusenes deltagelse i disse projekter fremgår af de specifikke aftaler (punkt 5).

2.6. Analyseprojekter

Til udbygning af elektroniske kommunikationsmuligheder er det besluttet at igangsætte udredningsprojekter inden for:

- Indsatsen over for sindslidende
- Forebyggelsesområdet
- Syge/dagpengeområdet
- Lovgivning

Heraf er medio 2008 igangsat analyseprojektet vedr. indsatsen over for sindslidende med Psykiatristaben i Region Syddanmark som tovholder.

3. Organisation

Arbejdet er organiseret i:

- Fælles it-styregruppe nedsat af Sundhedskoordinationsudvalget med deltagelse af sygehusene, kommunerne, almen læger og sundhedsstaben i regionen. Sundhedsdirektøren er formand. It-styregruppens formål er at
 - Sikre fælles koordinering på området
 - Sikre et fælles overordnet ansvar for gennemførelse af de aftalte planer
 - Igangsætte og afslutte konkrete implementeringsprojekter
 - Godkende alle vigtige planer og større afvigelser fra de aftalte planer
 - Følge op på implementeringsprojekterne
 - Følge nationale initiativer på området
 - Drøfte og følge ressourceallokering til projekterne
 - Koordinere med øvrige strategier inden for it-området i region, kommuner og almen praksis
- Fælles projektsekretariat i Afdelingen for Kommunesamarbejde, Region Syddanmark. Projektsekretariatet varetager den overordnede projektledelse. Kommunerne bidrager delvist med finansiering.
- Fælles regionale projektgrupper nedsat af it-styregruppen. Her koordineres aktiviteterne og udveksles erfaringer.
- Lokale projektgrupper nedsat af og på hvert sygehus og i hver kommune. Ansvarlige for implementering i kommunen/på sygehuset.

Der er således etableret en projektorganisering, som både er forankret og udfolder sig lokalt og regionalt.

4. Opfølgning

De lokale samordningsfora omkring de somatiske sygehuse fungerer som lokal it-styregruppe vedr. implementering af it-understøttelsen af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og almen praksis i lokalområdet. Behov for nye elektroniske kommunikationsmuligheder vil ligeledes naturligt udspringe af arbejdet i de lokale samarbejdsfora. Der afholdes halvårslige it-statusmøder, hvor teamledere/lokale projektledere og den overordnede projektledelse deltager.

**Grundaftale om udskrivningsforløb for svage,
ældre patienter**

15. juli 2008

Krav 1: Koordinering

Hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

1.1. Regional samarbejdsaftale om somatiske patientforløb

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet en *regional samarbejdsaftale om samarbejde og kommunikation om patientforløb i det somatiske område*, hvis hovedpunkter er indskrevet i nærværende sundhedsaftale.

Samarbejdsaftalen gælder for alle almindeligt forekommende typer af somatiske patientforløb på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, uanset diagnose og aldersgruppe. Samarbejdsaftalen beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbets overgange mellem sektorerne.

For en række patientgrupper gælder – udover samarbejdsaftalen - særlige krav til samarbejde og koordinering, som findes i særskilte beskrivelser. Her sigtes f.eks. til patientforløbsprogrammer og -beskrivelser for kroniske patientgrupper, samarbejdsordninger om alvorligt syge og døende, samarbejde om geriatriske patienter mv.

1.2. Overordnede mål og principper i samarbejdsaftalen

Målet med den regionale samarbejdsaftale er at sikre sammenhængende patientforløb imellem sundhedsvæsenets sektorer i Region Syddanmark og dermed opnå højere kvalitet i og patienttilfredshed med sundhedsvæsenets ydelser. Borgeren skal opleve sammenhæng i forløbet allerede fra hjemmet, hvor den praktiserende læge kontaktes, over diagnostik og behandling på sygehuset til borgeren er tilbage i hjemmet igen med efterfølgende rehabilitering. Udgangspunktet er den enkeltes behov, således at behandlingen tilbydes, når behovet er der.

Samarbejdsaftalen skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene om den enkelte patient og dennes forløb gennem systemet, og sikre dialog og koordinering parterne imellem og med størst mulig inddragelse af patient og pårørende.

Indsatsen afpasses efter behovet

Af hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse inddrager samarbejdsaftalen LEON-princippet, som indebærer at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau. Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Samarbejdsaftalen lægger op til, at dette hensyn spiller ind i alle dele af patientforløbet.

I denne sammenhæng betyder LEON-princippet også, at koordineringsarbejdet sektorerne imellem bør afpasses efter det enkelte patientforløbs problemstillinger og kompleksitet. Samarbejdsaftalen sikrer dette hensyn ved at graduere koordineringsindsatsen i forhold til det enkelte patientforløb.

Udskrivningen begynder ved indlæggelsen

Som afslutning på sygehusbehandling skal der sikres en udskrivning, der forebygger genindlæggelser. Dette forudsætter, at sygehuset forbereder patient og evt. pårørende på udskrivningen, forbereder egen læge på opfølgning og efterbehandling samt forbereder kommunen på den nødvendige kommunale indsats for en sikker modtagelse af patienten i hjemmet.

I samarbejdsaftalen indgår, at kommunikationen mellem sygehus og kommune indledes allerede ved indlæggelsen, og at den udstrækkes til at omfatte planlægningen af behandlingsforløbet. Samarbejdsaftalen

sikrer, at kommunen ved de relevante patientforløb holdes orienteret undervejs, herunder især om de krav, det enkelte forløb vil stille til den kommunale indsats efter udskrivningen og er løbende opdateret om ændringer i forløbet af betydning for kommunens tilrettelæggelse.

Samarbejdsaftalen fastslår, at for patienter, der modtager eller skal modtage ydelser efter sundhedsloven eller serviceloven, skal enhver udskrivning fra sygehus være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen.

Parterne er enige om at udskrivning efter endt sygehusbehandling skal ske tidligst muligt under hensyn til patientens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i patientforløbet.

Sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog

Samarbejdsaftalens grundlag er klare aftaler om samarbejde, kommunikation, ansvar og initiativ i patientforløbene, i kombination med dialog og fleksibilitet i opgaveløsningen til gavn for den enkelte patient. Dialogen mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være løbende og proaktiv, men især sikres omkring de kritiske overgangsfaser.

Dialogen skal sikre, at alle parter i fornødent omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del af et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri.

Dialogen skal foregå mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, og kun hvis der ikke kan nås til enighed, bringes spørgsmål til nærmeste ledelsesniveau.

Fælles udskrivningsplanlægning

Som led i implementeringen af denne sundhedsaftale igangsætter Region Syddanmark og kommunerne et samarbejde om at udvikle en fælles udskrivningsplanlægning. Den fælles udskrivningsplanlægning bygger på sundhedsaftalens principper.

Med henblik herpå nedsættes primo august 2008 en fælles regional/kommunal arbejdsgruppe under det administrative kontaktforum. Arbejdet vedrørende den fælles udskrivningsplanlægning skal være afsluttet medio oktober 2008, således at implementering kan igangsættes umiddelbart herefter.

Hovedpunkter i samarbejdsaftalen

1.3. 5 skematiske borger/patientforløb

Samarbejdsaftalens aftalemæssige kerne består af 5 skematiske borger/patient-forløb, der fastlægger kommunikation og samarbejde ved:

- Indsatsen før ambulans behandling eller indlæggelse
- Ambulante patientforløb
- Behandlingsforløb under 24 timer
- Behandlingsforløb længere end 24 timer
- Indsatsen efter udskrivning

Forløbsbeskrivelserne indgår som *bilag* til nærværende sundhedsaftale.

1.4. Sygehusets vurdering af patienten

Genoptræningsbehov

Patienter, som har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus skal tilbydes en individuel, skriftlig genoptræningsplan. Genoptræningsplanen skal udarbejdes i samarbejde med patienten.

Der henvises til sundhedsaftalen om genoptræning, herunder bilagene "Regional retningslinie for genoptræningsplaner" samt "Snitflade mellem almen og specialiseret ambulat genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark".

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Et integreret led i sygehusbehandlingen er at forsyne patienter med de redskaber m.v., som er en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen i de tilfælde, der er behov for det. Disse redskaber m.v. kategoriseres som behandlingsredskaber, og udgiften hertil afholdes af regionen.

I de tilfælde hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret ambulat genoptræning, der forudsætter sygehusets ekspertise og tilbydes på et sygehus, skal sygehuset levere de nødvendige behandlingsredskaber eller hjælpemidler hertil.

Det skal af genoptræningsplanen fremgå, om patienten har behov for hjælpemidler.

I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for almen ambulat genoptræning, skal kommunen afholde udgifterne hertil og herunder udgifterne til de hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe hjælpemidlerne. (Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, 21. december 2006)

Der henvises til sundhedsaftalen på hjælpemiddelområdet, herunder bilaget "Casekatalog vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark", hvori ansvarsfordelingen mellem region og kommune i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler beskrives.

Vurdering af behov for forebyggelse

Med henblik på at støtte op om en efterfølgende indsats i almen praksis og kommunalt regi efter sygehusbehandling, skal sygehusene vurdere patienternes behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Inden for rammerne af Den Danske Kvalitets Model er foreslået følgende sygehusstandard inden for forebyggelse og sundhedsfremme: "Patienternes sundhedsmæssige risiko vurderes på grundlag af livsstilsfaktorer samt arvelige, sociale og miljømæssige forhold".

Standarden har til formål at identificere patienter med øget sundhedsmæssig risiko samt at skabe grundlag for at iværksætte relevante aktiviteter sammen med patienten, som kan medvirke til at fremme patientens sundhedstilstand. Sygehuset skal udarbejde retningslinier for sundhedsmæssig risikovurdering af patienter, der fastlægger hvilke risikofaktorer og patientgrupper, der omfattes. Retningslinierne skal som minimum omhandle kost, rygning, alkohol og motion.

Sygehuset skal tillige - ifølge en standard om intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko - tilbyde intervention og der skal foreligge retningslinier inden for ovennævnte risikofaktorer, som beskriver ansvars- og opgavefordelingen i institutionen og mellem sektorerne samt hvordan risikovurderingen og opfølgningen heraf formidles til andre aktører, særlig primærsektoren.

1.5. Færdigbehandling og udskrivning

Afgørelse af færdigbehandlingstidspunktet sker i henhold til definitionen i fælles vejledning om genoptræning fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Socialministeriet, juni 2004:

"Når patientens tilstand er stationær, og yderligere forbedringer af tilstanden ikke kan forventes ved fortsat sygehusbehandling, er patienten færdigbehandlet. Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet. Afgørelser heraf foretages af lægen på det pågældende sygehus."

Sædvanlig fremgangsmåde ved udskrivning

Samarbejdsaftalen fastslår, at for patienter, der modtager eller skal modtage ydelser efter sundhedsloven eller serviceloven, skal enhver udskrivning fra sygehus være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen.

Denne aftale om udskrivning kan indgås på flere måder, afhængig af det pågældende patientforløb:

- For indlæggelser under 24 timer telefonisk eller ved korrespondancemeddelelse.
- For længerevarende indlæggelser ved sygehusets fremsendelse af forløbsplan jfr. pkt. 2.2 og færdigbehandlingsvarsel og kommunens kvittering herfor.
- For patienter med væsentligt ændret funktionsniveau ved udvidet koordinering, f.eks. via udskrivningskoordinator eller ved en udskrivningskonference.

Aftalerne indgås på sygehusets initiativ med en frist inden forventet udskrivning, som er angivet i samarbejdsaftalen. Sygehusets vil sædvanligvis foreslå patienten udskrevet umiddelbart, når denne er færdigbehandlet. Sygehuset udskriver patienten på det aftalte tidspunkt og registrerer samtidig patienten som udskrevet.

Afvielser fra fremgangsmåden

Afvielser fra denne normale procedure kan ske på følgende måder:

1) Sygehuset må – f.eks. på grund af forværring i patientens tilstand – udsætte forventet færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

Sygehuset meddeler dette hurtigst muligt til kommunen ved en revideret forløbsplan (via it-korrespondancemeddelelse) eller telefonisk. Nyt udskrivningstidspunkt aftales på sygehusets initiativ som ovenfor beskrevet.

2) Kommunen må meddele sygehuset, at man ikke er klar til at modtage patienten på det aftalte tidspunkt og oplyser årsagerne hertil.

Patienten forbliver på sygehuset, og medmindre særlige grunde foreligger, registreres patienten som indlagt færdigbehandlet, således at betaling udløses. Kommunen tager initiativ til aftale af nyt udskrivningstidspunkt. Såfremt kommunen anser årsagen til udsættelsen for velbegrunnet af hensyn til patientens tarv, bringes spørgsmålet til afklaring på nærmeste ledelsesniveau.

3) Opstår der ved aftaleindgåelsen mellem sygehus og kommune uenighed om patientens funktionsevne, færdigbehandling eller andre forhold, der kan påvirke udskrivningstidspunktet, forbliver patienten på sygehuset. Patienten registreres fortsat som indlagt. Sygehuset tager initiativ til afholdelse af udskrivningskonference.

Såfremt uenigheden ikke kan løses direkte mellem de faglige områder, bringes spørgsmålet til afklaring på nærmeste ledelsesniveau.

1.6. Afgrænsning af korte indlæggelsesforløb

Det er nødvendigt at vurdere en række forhold, når udskrivelse fra sygehus efter et kort indlæggelsesforløb skal planlægges. Vurderingen er nødvendig i forhold til, hvor meget tid kommunen skal bruge til at forberede borgerens hjemkomst og genoptage plejeydelser. Der kan skelnes mellem forskellige typer af korte indlæggelsesforløb:

<24 timer + kendt borger + ingen ændring i funktionsevne: Borgeren kan hjemsendes umiddelbart efter, at sygehuset har orienteret kommunen.

<24 timer + enten ukendt borger eller ændret funktionsevne: Sygehuset kontakter kommunen med henblik på at aftale tidspunktet for at kommunen kan igangsætte nødvendige ydelser, og borgeren dermed kan hjemsendes.

En kendt borger i kommunen er defineret ved, at vedkommende er aktuel aktiv i kommunens omsorgssystem som modtager af praktisk bistand, personlig pleje eller sygepleje.

1.7. Komplexerede/ukomplexerede udskrivningsforløb

Komplexeret udskrivning omfatter patienter, hvis sundhedstilstand medfører:

- Væsentlige ændringer i patientens/familiens situation i hjemmet eller i patientens funktionsevne set i forhold til situationen før indlæggelsen
- Væsentlige ændringer vedrørende bopælskommunens indsats set i forhold til situationen inden indlæggelsen.

Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering af døgnhjemmepleje, boligændring eller flytning til anden ejendom, installation af hjælpemidler, etc.

Eksempler på væsentlige ændringer i funktionsevne og behov for personlig pleje:

- Ændres hjælpen *fra* ingen hjælp *til* en støttende hånd
- Ændres hjælpen *fra* klarer selv toiletbesøg *til* skal følges til og fra toilettet
- Ændres hjælpen *fra* klarer selv madlavning *til* hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden
- Ændres niveauet *fra* klarer selv forflytning *til* hjælpes via person eller hjælpemidler
- Ændres hjælpen til to eller flere besøg dagligt.

Ovenstående gælder uanset bosted-form.

I sygehusets vurdering af patientens funktionsevne må medtænkes det mulige funktionstab ved selve udskrivningen og patientens tilbagevenden til eget hjem.

Ukomplexeret udskrivning omfatter patienter, der har behov for kommunale tilbud, men hvis sundhedstilstand ikke medfører væsentlige ændringer i hjælpebehov, set i forhold til patientens situation i hjemmet før indlæggelsen.

1.8. Medicin

Borgere der modtager ikke-dosisdispenseret medicin

Under indlæggelse og ved udskrivning skelnes mellem følgende tilfælde i henseende til patientens lægeordnede behandling med lægemidler:

For hver patient kan der være tale om følgende:

- Ingen ændringer i den samlede lægemiddelbehandling, eller en kombination af følgende:
 - Ændret dosering af ét eller flere lægemidler
 - Seponering af ét eller flere lægemidler
 - Nyordination af ét eller flere lægemidler.

Ændret dosering eller nyordinationer indføres i epikrise til egen læge. Ved nyordination udsteder sygehuset recept. Sygehuset forsyner borgeren med nødvendig medicin, som skal dække perioden fra udskrivningen til borgeren (eller pårørende mv.) kan hente medicinen på apoteket.

Borgere der modtager dosisdispenseret medicin

Ved indlæggelse og udskrivning henvises til retningslinierne i vejledningen "Implementering af dosisdispensering" udsendt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Apotekerforeningen.

For begge ovennævnte grupper aftales nærmere procedure ved indlæggelse og udskrivning i de lokale samordningsfora i samarbejde med apotekerne.

1.9. Opfølgning efter udskrivning

Opfølgning efter udskrivning er kernepunkt i forhold til at fastholde det sammenhængende patientforløb helt ud i borgerens hjem. Opfølgningen efter udskrivning har som hovedformål at sikre det samlede forløb på tværs af sektorer, det vil sige når patienten overgår fra en myndighed til en anden.

Fra sygehuset fremsendes elektronisk en udskrivningsrapport (efter patientens samtykke) til kommunen samt evt. til patienten selv. Endvidere sendes epikrise til patientens egen læge. Udskrivningsrapporten indeholder relevante oplysninger for kommunen bl.a. i forhold til at kunne vurdere behov for besøg fra sygeplejersken. Epikrisen danner for borgerens egen læge grundlag for mulig opfølgning i konsultationen og opdatering vedr. ændret / ny medicin. Med udskrivningsrapporten og epikrisen sker der en således en ansvarsoverdragelse fra sygehuset til kommunen, henholdsvis praktiserende læge, som herefter tager kontakt til borgeren.

Krav 2: Information

Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt til den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.

Bestemmelser vedr. kommunikation mellem myndigheder:

2.1. Understøttelse af aftalen ved digital kommunikation

For at understøtte sundhedsaftalerne og nærværende samarbejdsaftale har de 22 kommuner, de praktiserende læger i regionen og regionens seks sygehusenheder tiltrådt en fælles it-strategi. It-strategien skal sikre en fælles koordinering af it-understøttelsen af samarbejdet om patientforløbene i Region Syddanmark. Dermed sikres den tværsektorielle it-kommunikation mellem kommuner, praktiserende læger og sygehusene omkring den enkelte patient.

I samarbejdsaftalen er konsekvent indarbejdet kommunikation mellem parterne der baseres på it-standarder. I samarbejdsaftalens forløbsbeskrivelser og tilhørende forklaringer er anvendelsen af de elektroniske kommunikationsstandarder nærmere beskrevet.

2.2. Forløbsplanen

Til sikring af den tidligst mulige inddragelse af kommunen i ethvert indlæggelsesforløb over 48 timer for patienter, der modtager eller skal modtage kommunale ydelser i eget hjem, indføres med denne sundhedsaftale et nyt kommunikationselement i form af en forløbsplan.

Forløbsplanen udarbejdes i sygehusregi af den afdeling, hvor patienten indlægges. Planen udarbejdes i forlængelse af den behandlingsplan, afdelingen udarbejder, og udgør et resumé med særlig fokus på den tværsektorielle overgang i patientforløbet.

For patienter der skal gennemgå et planlagt behandlingsforløb, udarbejdes forløbsplanen eller tilsvarende oplysninger på grundlag af behandlingsprogrammet og sendes til kommunen tidligst muligt og senest dagen for patientens fremmøde. Patientens samtykke hertil skal indhentes.

Forløbsplanen skal kun anvendes hvor indlæggelsestiden overstiger 48 timer. Forløbsplanen udarbejdes i en skabelon til enkel og hurtig udfyldelse, som kan sendes som korrespondancemeddelelse.

Forløbsplanen skal indeholde oplysninger, som er relevante og nødvendige, for at kommunen tidligst muligt kan påbegynde forberedelserne til modtagelse af patienten i hjemmet:

- Patientidentifikation
- Foreløbig diagnose, stillet på grundlag af indledende undersøgelse
- Forventet behov for pleje og praktisk bistand efter udskrivning
- Forventet behov for genoptræning, på grundlag af lægefaglig vurdering
- Forventet behov for hjælpemidler, do.
- Evt. behov for hjemmebesøg
- Evt. behov for udvidet koordinering af udskrivning
- Forventet udskrivningstidspunkt, på baggrund af behandlingsplan
- Sygehusets kontaktpersoner og –afdeling.

Forløbsplanen udarbejdes, så snart de nødvendige undersøgelser er foretaget, og behandlingsplanen er lagt i sygehuset og afsendes elektronisk til kommunen. Dette skal ske senest 48 timer efter indlæggelsen. Sygehusets kontaktperson skal informere patienten om forløbsplanen.

Forløbsplanen kan justeres hen ad vejen i tilfælde af væsentlige ændringer i behandlingsplanen eller andre forhold af betydning for udskrivningen. Det er vigtigt, at den nyeste viden kommunikeres hurtigt til kommunen.

Med afsendelsen af varslings om færdigbehandling i overensstemmelse med seneste fremsendte forløbsplan bekræfter sygehuset, at denne og dens oplysningsindhold er gældende.

2.3. Epikrise/udskrivningsbrev

I sammenhæng med udskrivningen udfærdiger sygehuset en epikrise, som sammendrager sygehistorien, indlæggelsesforløbet og planen for efterbehandling. Epikrisen udarbejdes ifølge Region Syddanmarks "Vejledningen til udarbejdelse af den gode epikrise".

Formålet er at sikre en koordineret overgang til lægeligt ansvar i almen praksis ved, at alle lægefaglige relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse videregives til egen læge. Epikrisen sendes elektronisk senest tre hverdage efter udskrivning.

Hvis der er behov for hurtig information til egen læge, underretter sygehuset lægen pr. telefon. Kopi af genoptræningsplan sendes særskilt. Sygehuset udsender også en epikrise i tilfælde af overflytning til anden afdeling eller andet sygehus.

2.4. Udskrivningsrapport

Udskrivningsrapport fremsendes fra sygehus til kommune som konklusion på indlæggelsesforløbet, når patienten udskrives, da kommunen har brug for en række oplysninger for at kunne overtage patientforløbet på den mest hensigtsmæssige måde, og for at kunne kvalificere dialogen mellem sygehus og kommune. Udskrivningsrapporten indeholder stamdata, indlæggelses- og udskrivningsdato, indlæggelsesårsag, indlæggelsesforløb og diagnoser. Endvidere indeholder rapporten funktionsvurdering, behov for hjælpemidler, medicin og fremtidsplan.

2.5. Genoptræningsplan

Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet, og den skal samtidig efter aftale med patienten sendes til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge. Den specialiserede ambulante genoptræningsplan skal også sendes til det valgte sygehus. Det skal af genoptræningsplanen fremgå, om patienten har behov for hjælpemidler. Samtykke til videregivelse af genoptræningsplanen skal indhentes. Genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger om, hvordan sygehuset og bopælskommunen kan kontaktes.

Der henvises til sundhedsaftalen om genoptræning, herunder bilagene "Regional retningslinie for genoptræningsplaner" samt "Snitflade mellem almen og specialiseret ambulante genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark".

2.6. Fælles informationssystem (VisinfoSyd)

Region Syddanmark og kommunerne i regionen etablerer i samarbejde et web-baseret informationssystem omfattende kontaktpersoner på sygehuse og i kommuner samt i praksisområdet med relevant

kontaktinformation. Endvidere indeholder systemet information om forebyggelses-, undersøgelses-, behandlings- og genoptræningstilbud.

Formålet er at understøtte sundhedsaftalerne ved at sikre relevant og opdateret information, så patienten kan henvises til rette instans og tilbud.

Regionen forestår driften af systemet og tilknytter en redaktør. Kommuner, sygehuse og praksis er for hver deres område forpligtet til dag-til-dag-opdatering af informationerne på VisinfoSyd.

Opfølgning på informationssystemets funktionalitet sker i de lokale samordningsfora og i den tværsektorielle it-styregruppe, jfr. sundhedsaftale om it-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation.

Der henvises til sundhedsaftale om it-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation.

Bestemmelser vedr. information til patient og pårørende:

2.7. Borgeren / patienten inddrages

Sundhedsloven fastlægger hvilke forhold, informationen af patienten skal omfatte, og på hvilken måde den skal overgives.

Samarbejdsaftalen angiver rammerne for en del af denne information ved at fastlægge hvornår i patientforløbet, der skal gives bestemte informationer om forløbet, herunder baggrund, planlægning af behandling mv. Det er vigtigt, at denne information overdrages i en dialogbaseret form, hvor patienten kan give udtryk for sine holdninger, og hvor der tages hensyn til patientens tilkendegivelser.

Tilsvarende beskriver aftalen, hvornår og hvordan borgeren informeres om de kommunale ydelser i det samlede forløb. Det er kontaktpersonerne, henholdsvis i kommuner og på sygehuse, samt patientens egen læge, der forestår informationen, alt efter hvor i patientforløbet man befinder sig.

Det er naturligt og i mange tilfælde hensigtsmæssigt, at borgerens nærmeste pårørende eller netværkspersoner får del i informationerne. Dette forudsætter borgerens accept.

Hvis der er tale om at videregive oplysninger om et barn eller en ung under 18 år, gælder der ikke tavshedspligt over for forældrene (forældremyndighedens indehaver). Som udgangspunkt skal forældrene aktivt informeres om deres børns forhold. Den 15 - 17 årlige kan dog selv give samtykke til behandling. Tavshedspligt over for forældrene kan imidlertid være nødvendig, hvis der er afgørende hensyn til barnets og dets forhold til forældrene.

2.8. Kontaktpersoner på sygehuse

Det er kontaktpersonens ansvar, at patienten informeres i henhold til sundhedslovens bestemmelser. I Region Syddanmark påhviler det endvidere sygehusets kontaktperson at informere patienten om de efterfølgende trin i forløbet, herunder hvordan udskrivning og videre varetagelse af egen læge og evt. kommune forberedes.

Patienten skal tilbydes mulighed for, at en pårørende eller anden nærtstående kan få del i samme information.

Dialogen med patienten og evt. pårørende om det forventede behandlingsforløb finder altid sted ved følgende punkter i patientforløbet:

- For ambulante forløb i den første samtale samt ved den afsluttende samtale;
- For kortvarige indlæggelsesforløb ved indlæggelsessamtale og udskrivningssamtale;

- For længerevarende indlæggelsesforløb ved
 - Indlæggelsessamtale
 - Afsendelse af forløbsplan
 - Et. udskrivningskonference
 - Udskrivningssamtale.

Kontaktpersonerne har ansvaret for at informationsopgaven løses af dem selv eller andre medarbejdere. Det forudsættes, at kontaktpersonerne herudover informerer patienten ved behov og i almindelighed er tilgængelige for dialog og spørgsmål fra patient eller pårørende.

2.9. Udskrivningssamtale

Inden en patient udskrives fra et sygehus, skal der afholdes en udskrivningssamtale. Udskrivningssamtalen har til formål at sikre, at patienten har fået information om indlæggelsesforløbet, herunder diagnostik og behandling. Ligeledes er det vigtigt at høre, om patientens forventninger til indlæggelsen er blevet indfriet.

Dernæst er det vigtigt, at patienten får viden om forhold der har betydning for patienten efter udskrivelse, eksempelvis:

- Ambulant opfølgning og medicin,
- Aftaler med kommunen om genoptræning, hjemmepleje mv.
- Muligheder for forebyggelse.

Det er naturligt og i mange tilfælde hensigtsmæssigt, at patientens nærmeste pårørende eller netværkspersoner får del i informationerne. Dette forudsætter patientens accept.

2.10. Kontaktpersonopgaver i kommune

Alle borgere bliver tildelt en kontaktperson, som er bindeled imellem borgeren og evt. pårørende i forhold til det kommunale system.

En borger kan dog have en kontaktperson inden for sygeplejeområdet og en kontaktperson inden for hjemmehjælpsområdet, idet det kan være to forskellige organisationer.

Kontaktpersonens ansvar og arbejdsopgaver er i samarbejde med borgeren bl.a.:

- Hovedansvar for at sikre et sammenhængende forløb i forbindelse med pleje- og omsorg, både internt og eksternt i organisationen
- Ansvarlig for den skriftlige dokumentation
- Arbejde tværfagligt og holde sig ajour med kommunens øvrige tilbud til borgeren
- Efter ønske fra borgeren være formidler til øvrige samarbejdsparter, f.eks. visitationen, sygeplejersken og lignende.
- Informere borgeren ved behov og indgå i et tæt samarbejde med både borgeren og pårørende

Krav 3: Koordination af kapacitet

Hvordan parterne ved koordination af kapacitet mv. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter at de er færdigbehandlede.

3.1. Koordinering af kapacitet

Den myndighed der har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen i henhold til den opgavefordeling der er fastlagt i sundhedsaftalen, sørger for den nødvendige kapacitet. Den umiddelbare varetagelse heraf påhviler vedkommende institutionsledelse mv.

Koordinering mellem kommune og sygehus af kapacitetsspørgsmål varetages i det lokale samordningsforum, jfr. sundhedsaftale om det organisatoriske samarbejde. Løbende overvågning og tilpasning af kapacitet er en kerneopgave i samarbejdet mellem kommunen og sygehuset, og indgår som fast punkt i samordningsforums møder.

I denne forbindelse udveksles nærmere information om aktivitetsmønstret i henholdsvis sygehusregi og kommunalt regi.

Sygehuset er forpligtet til at varsle kommunerne om ændringer i behandlingsaktiviteten i god tid, og drøfte de nærmere vilkår og konsekvenser, så den opfølgende indsats over for patienterne kan planlægges. Her sigtes f.eks. til omlægning fra indlagte til ambulante forløb, accelererede patientforløb, ændringer i patientstrømme og –sammensætning etc.

Kommunen er forpligtet til at orientere sygehuset om ændringer i struktur og kapacitet i forebyggende ydelser, sundhedsplejen, aflastningstilbud samt pleje- og genoptræningstilbud.

Koordineringsspørgsmål af principiel karakter samt større lokale dispositioner indgår i det lokale samordningsforums årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Kapacitetsspørgsmål af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommunerne og Region Syddanmark inddrager og orienterer hinanden gensidigt. Planforslag forelægges Sundhedskoordinationsudvalget til høring.

Større kapacitetstilpasninger beskrives i regionens sundhedsplan og i tilsvarende sektorplanlægning i kommunen.

Krav 4: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen.

4.1. Kvalitetsmonitorering af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen omfatter den *regionale samarbejdsaftale for samarbejde og kommunikation om patientforløb i det somatiske område*. Aftalens funktionalitet og overholdelse monitoreres af sygehusene løbende på grundlag af standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel. Blandt sygehusstandarderne er det især følgende generelle temaer der er af relevans i forhold til samarbejdsaftalen:

- Henvisning, herunder indhold
- Koordinering og kontinuitet, herunder samarbejdsaftaler og kontaktpersoner
- Overdragelse til henholdsvis praksis og kommune
- Patientinformation og kommunikation.
- Rehabilitering
- Medicinering

Kommunerne i Region Syddanmark vil etablere kvalitetsmonitorering med fokus på koordinering, kontinuitet, indhold og overdragelse. Kommunerne vil indgå i udviklingsarbejde med henblik på at fremme mulighederne for systematisk kvalitetsmonitorering af tværsektorielle patientforløb.

Almen praksis vil på sigt blive omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel.

Indikatorer for de enkelte standarder samt metoder til monitorering vil blive nærmere defineret i et samarbejde mellem de respektive myndigheders og institutioners kvalitetsorganisationer, idet der bør tilstræbes sammenhængende monitoreringsresultater. Denne monitorering vil især blive effektiv, når det bliver muligt at følge patientforløb på tværs af sektorerne.

Monitorering af krav 1: Koordinering

Kravet monitoreres gennem de lokale samordningsforas løbende opsamling af tvivsspørgsmål, tvister og beslutninger vedr. fortolkning af samarbejdsaftalen.

Monitorering af krav 2: Information

I relation til samarbejdsaftalens forløbsbeskrivelser vil kvalitetsmonitoreringen bl.a. omfatte følgende målepunkter vedr. udskrivning:

- Tidspunkt og indhold i sygehusets kommunikation til kommunen inden udskrivning (forløbsplan, færdigbehandlingsvarsel)
- Indikatorer for udvidet koordinering i forbindelse med udskrivning
- Tidspunkt og indhold i sygehusets kommunikation til kommunen ved udskrivning (udskrivningsrapport, genoptræningsplan)
- Tidspunkt og indhold i epikriser (følges af Praksiskonsulentorganisationen).

Indikatormålingerne opsamles via de administrative systemer, når det gælder frekvenser og tidspunkter og via audits ifølge Den Danske Kvalitetsmodel, når det gælder indhold. Disse audits vil i første række rette sig mod patientforløb for kronisk syge.

For så vidt angår information til patient og pårørende iværksættes som led i en effektmåling af samarbejdsaftalen patienttilfredshedsundersøgelser med fokus på kvalitet og sammenhæng i overgangene mellem sektorerne i patientforløbene. Sådanne undersøgelser kan indgå i de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser eller iværksættes som lokale undersøgelser.

Monitorering af krav 3: Koordinering af kapacitet

Monitoreringen på dette område er integreret i de lokale samordningsforas opgaver, jfr. pkt. 4.2.

4.2. Opfølgning og udvikling af sundhedsaftalen

Ifølge sundhedsaftalen om samarbejdsstrukturen er det de lokale samordningsforas opgave bl.a.

- At sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv.
- At koordinere kapacitet i henholdsvis sygehus- og kommunalt regi,
- At behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet og
- At behandle fortolkningsspørgsmål.

Udførelsen af disse opgaver forudsætter, at resultaterne af kvalitetsmonitoreringen samles op i institutionernes kvalitetsorganisationer og behandles samlet i de lokale samordningsfora eller i nedsatte undergrupper hertil.

De lokale samordningsfora skal på dette grundlag drøfte nødvendige tilpasninger af drift, arbejdstilrettelæggelse og samarbejdsprocedurer mv. i de enkelte organisationer med henblik på at leve op til samarbejdsaftalen og dens grundprincipper. De lokale samordningsfora vil endvidere have til opgave at evaluere samarbejdsaftalen og overveje forslag til justeringer og opdatering.

For at fastholde et løbende fokus på samarbejdsaftalens funktionalitet og overholdelse skal rapporter over kvalitetsmonitoreringen i henholdsvis kommunalt regi og sygehusregi forelægges de lokale samordningsfora årligt.

De lokale samordningsforas dispositioner og forslag med sammendrag af kvalitetsresultaterne indgår i de lokale samordningsforas årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Samarbejdsaftalen gennemgås årligt på regionalt niveau på grundlag af tilbagemeldingerne fra de lokale samordningsfora. Forslag til tilpasninger vil blive udarbejdet i tværsektoriel sammenhæng og forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter til godkendelse. Væsentlige principielle ændringer i samarbejdsaftalen vil medføre behov for revision af sundhedsaftalerne.

Grundaftale om indlæggelsesforløb

15. juli 2008

Krav 1: Information

Hvilke relevante oplysninger om patientens behov mv., der skal udveksles mellem kommunen, den praktiserende læge og sygehuset; hvordan det sikres at informationen leveres rettidigt; hvordan det sikres at relevant information formidles til patienten, samt at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.

1.1. Regional samarbejdsaftale om somatiske patientforløb

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet en *regional samarbejdsaftale for samarbejde og kommunikation om patientforløb i det somatiske område*, hvis hovedpunkter er indskrevet i nærværende sundhedsaftale. Med sundhedsaftalernes vedtagelse i kommuner og region er samarbejdsaftalen ligeledes tiltrådt.

Samarbejdsaftalen gælder for alle almindeligt forekommende typer af somatiske patientforløb på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, uanset diagnose og aldersgruppe. Samarbejdsaftalen beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbets overgange mellem sektorerne.

For en række patientgrupper gælder – udover samarbejdsaftalen - særlige krav til samarbejde og koordinering, som findes i særskilte beskrivelser. Her sigtes f.eks. til patientforløbsprogrammer og - beskrivelser for kroniske patientgrupper, samarbejdsordninger om alvorligt syge og døende, samarbejde om geriatriske patienter mv.

1.2. Overordnede mål og principper i samarbejdsaftalen

Målet med den regionale samarbejdsaftale er at sikre sammenhængende patientforløb imellem sundhedsvæsenets sektorer i Region Syddanmark og dermed opnå højere kvalitet i og patienttilfredshed med sundhedsvæsenets ydelser. Borgeren skal opleve sammenhæng i forløbet allerede fra hjemmet, hvor den praktiserende læge kontaktes, over diagnostik og behandling på sygehuset til borgeren er tilbage i hjemmet igen med efterfølgende rehabilitering. Udgangspunktet er den enkeltes behov, således at behandlingen tilbydes, når behovet er der.

Samarbejdsaftalen skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene om den enkelte patient og dennes forløb gennem systemet, og sikre dialog og koordinering parterne imellem og med størst mulig inddragelse af patient og pårørende.

Indsatsen afpasses efter behovet

Af hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse inddrager samarbejdsaftalen LEON-princippet, som indebærer at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau. Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt. Samarbejdsaftalen lægger op til, at dette hensyn spiller ind i alle dele af patientforløbet.

I denne sammenhæng betyder LEON-princippet også, at koordineringsarbejdet sektorerne imellem bør afpasses efter det enkelte patientforløbs problemstillinger og kompleksitet. Samarbejdsaftalen sikrer dette hensyn ved at graduere koordineringsindsatsen i forhold til det enkelte patientforløb.

Sammenhæng og fleksibilitet gennem dialog

Samarbejdsaftalens grundlag er klare aftaler om samarbejde, kommunikation, ansvar og initiativ i patientforløbene, i kombination med dialog og fleksibilitet i opgaveløsningen til gavn for den enkelte patient.

Dialogen mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være løbende og proaktiv, men især sikres omkring de kritiske overgangsfaser.

Dialogen skal sikre, at alle parter i fornødent omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del af et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri.

Dialogen skal foregå mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, og kun hvis der ikke kan nås til enighed, bringes spørgsmål til nærmeste ledelsesniveau.

Hovedpunkter i samarbejdsaftalen

1.1. 5 skematiske borger/patientforløb

Samarbejdsaftalens aftalemæssige kerne består af 5 skematiske borger/patient-forløb, der fastlægger kommunikation og samarbejde ved:

- Indsatsen før ambulante behandling eller indlæggelse
- Ambulante patientforløb
- Behandlingsforløb under 24 timer
- Behandlingsforløb længere end 24 timer
- Indsatsen efter udskrivning

Forløbsbeskrivelserne indgår som *bilag* til nærværende sundhedsaftale.

Bestemmelser vedr. kommunikation mellem myndigheder:

1.2. Understøttelse af aftalen ved digital kommunikation

For at understøtte sundhedsaftalerne og nærværende samarbejdsaftale har de 22 kommuner, de praktiserende læger i regionen og regionens seks sygehusenheder tiltrådt en fælles it-strategi. It-strategien skal sikre en fælles koordinering af it-understøttelsen af samarbejdet om patientforløbene i Region Syddanmark. Dermed sikres den tværsektorielle it-kommunikation mellem kommuner, praktiserende læger og sygehuse omkring den enkelte patient.

I samarbejdsaftalen er konsekvent indarbejdet kommunikation mellem parterne der baseres på it-standarder. I samarbejdsaftalens forløbsbeskrivelser og tilhørende forklaringer er anvendelsen af de elektroniske kommunikationsstandarder nærmere beskrevet.

1.3. Information fra henvisende læge til sygehus

Alment praktiserende læge sender henvisning til undersøgelse og behandling på sygehus ifølge vejledningen "Den gode kliniske henvisning". Derved sikres de relevante og rigtige informationer samt klar og tydelig problemformulering, hvilket giver de bedste forudsætninger for en relevant visitation og dermed optimeret behandlingsforløb.

Henvisningen skal omfatte faktuelle data, såsom patientidentifikation, specielle patientbehov samt indlæggelsesmåde, henholdsvis akut eller elektiv henvisning. Henvisningen skal derudover omfatte kliniske informationer, såsom tentativ diagnose, anamnese, objektive fund, problemformulering, aktuel medicin, den information der er givet til patienten samt relevante tidligere undersøgelser.

Henvisningen kan sendes elektronisk ved hjælp af blanket i MedCom-standard. Ved akut indlæggelse skal vedkommende sygehusafdeling kontaktes personligt.

1.4. Information fra kommune til sygehus

Indlæggelsessvar er en automatisk meddelelse, som sendes fra kommunens omsorgssystem, når der modtages en indlæggelsesadvis. Indlæggelsessvaret giver informationer om, hvilket område borgeren hører til i kommunen, kontaktpersoner, mm.

Indlæggelsesrapporten sendes fra kommunen, når en borger der modtager hjemmepleje, indlægges på sygehus, idet sygehuspersonalet har brug for en række sundhedsfaglige oplysninger fra kommunen for at kunne iværksætte den bedst mulige behandling af patienten og for at kvalificere dialogen mellem sygehus og kommune. Det kan dreje sig om oplysninger fra omsorgssystemet om hjemmeplejeydelser, hjælpemidler, medicin, funktionsvurdering, resumé af helbredstilstand, årsag til indlæggelse og stamdata. Indlæggelsesrapporten fremsendes til sygehuset snarest muligt efter indlæggelse af en borger, i overensstemmelse med de lokale aftaler.

Bestemmelser vedr. information til patient og pårørende:

1.5. Borgeren / patienten inddrages

Sundhedsloven fastlægger hvilke forhold, informationen af patienten skal omfatte, og på hvilken måde den skal overgives.

Samarbejdsaftalen angiver rammerne for en del af denne information ved at fastlægge hvornår i patientforløbet, der skal gives bestemte informationer om forløbet, herunder baggrund, planlægning af behandling mv. Det er vigtigt, at denne information overdrages i en dialogbaseret form, hvor patienten kan give udtryk for sine holdninger, og hvor der tages hensyn til patientens tilkendegivelser.

Tilsvarende beskriver aftalen, hvornår og hvordan borgeren informeres om de kommunale ydelser i det samlede forløb. Det er kontaktpersonerne i henholdsvis kommuner og sygehus samt patientens egen læge, der forestår informationen, alt efter hvor i patientforløbet man befinder sig.

Det er naturligt og i mange tilfælde hensigtsmæssigt, at borgerens nærmeste pårørende eller netværkspersoner får del i informationerne. Dette forudsætter borgerens accept.

Hvis der er tale om at videregive oplysninger om et barn eller en ung under 18 år, gælder der ikke tavshedspligt over for forældrene (forældremyndighedens indehaver). Som udgangspunkt skal forældrene aktivt informeres om deres børns forhold. Den 15 - 17 årlige kan dog selv give samtykke til behandling. Tavshedspligt over for forældrene kan imidlertid være nødvendig, hvis der er afgørende hensyn til barnets og dets forhold til forældrene.

1.6. Kontaktpersoner på sygehuse

Det er kontaktpersonens ansvar, at patienten informeres i henhold til sundhedslovens bestemmelser. I Region Syddanmark påhviler det endvidere sygehusets kontaktperson at informere patienten om de efterfølgende trin i forløbet, herunder hvordan udskrivning og videre varetagelse af egen læge og evt. kommune forberedes.

Patienten skal tilbydes mulighed for, at en pårørende eller anden nærtstående kan få del i samme information.

Dialogen med patienten og evt. pårørende om det forventede behandlingsforløb finder altid sted ved følgende punkter i patientforløbet:

- For ambulante forløb i den første samtale samt ved den afsluttende samtale;
- For kortvarige indlæggelsesforløb ved indlæggelsessamtale og udskrivningssamtale;
- For længerevarende indlæggelsesforløb ved
 - Indlæggelsessamtale
 - Afsendelse af forløbsplan
 - Evt. udskrivningskonference
 - Udskrivningssamtale.

Kontaktpersonerne har ansvaret for at informationsopgaven løses af dem selv eller andre medarbejdere. Det forudsættes, at kontaktpersonerne herudover informerer patienten ved behov og i almindelighed er tilgængelige for dialog og spørgsmål fra patient eller pårørende.

1.7. Kontaktpersonopgaver i kommune

Alle borgere bliver tildelt en kontaktperson, som er bindeled imellem borgeren og evt. pårørende i forhold til det kommunale system.

En borger kan dog have en kontaktperson inden for sygeplejeområdet og en kontaktperson inden for hjemmehjælpsområdet, idet det kan være to forskellige organisationer.

Kontaktpersonens ansvar og arbejdsopgaver er i samarbejde med borgeren bl.a.:

- Hovedansvar for at sikre et sammenhængende forløb i forbindelse med pleje- og omsorg, både internt og eksternt i organisationen
- Ansvarlig for den skriftlige dokumentation
- Arbejde tværfagligt og holde sig ajour med kommunens øvrige tilbud til borgeren
- Efter ønske fra borgeren være formidler til øvrige samarbejdsparter, f.eks. visitationen, sygeplejersken og lignende.
- Informere borgeren ved behov og indgå i et tæt samarbejde med både borgeren og pårørende

1.8. Indlæggelsessamtale

Når en patient er blevet indlagt på et sygehus, skal der afholdes en indlæggelsessamtale med patienten og evt. dennes pårørende. Samtalen har til formål at etablere et samarbejde med patienten.

Indlæggelsessamtalen skal endvidere identificere patientens ressourcer og habituelle tilstand og klarlægge patientens forventninger til indlæggelsesforløbet. Patienten skal sikres information og viden om kontaktperson.

Ved indlæggelse af en patient som allerede er kendt i kommunen, kan kommunen oplyse om sædvanlige plejeforanstaltninger, funktionsevne med mere.

Hvis sygehusafdelingen fra indlæggelsens begyndelse eller senere kan forudse, at en patient får behov for kommunal indsats efter udskrivningen, skal der hurtigst muligt indledes en dialog med hjemkommunen.

Krav 2: Forebyggelse af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser

Hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

2.1. Generelle principper for opgavefordelingen

1. Regionen har ansvaret for rammerne for virksomheden i regionens almene lægepraksis og understøtter gennem landsoverenskomst og lokale aftaler lægernes opsøgende og forebyggende arbejde over for personer i risikogrupper samt tidlig opsporing af tilstande der ubehandlede kan føre til sygehusindlæggelse.
2. Kommunen har ansvaret for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til kommunens borgere og for den forebyggende indsats for patienter, der ikke foregår i tilknytning til behandlingen i det regionale sundhedsvæsen. Kommunen understøtter tidlig opsporing i forhold til borgere, der er i kontakt med det kommunale social- og sundhedsvæsen med henblik på at forebygge tilstande, der kan føre til behov for sygehusindlæggelse. Her tænkes bl.a. på ældre, personer på sygedagpenge, førtidspensionister, personer med sindslidelser eller misbrug mv.
3. Regionen har ansvaret for vagtlægeordningen, mens kommunen har ansvaret for hjemmeplejen i såvel dagtid som aften og nat. Begge parter iværksætter tiltag, der understøtter kommunikation og samarbejde mellem almen praksis / vagtlæger og den kommunale hjemmepleje ved akut sygdom og skader, med henblik på at tilbyde patienten den fagligt korrekte og forsvarlige behandling, pleje og rehabilitering på det laveste omkostningsniveau.
4. Regionen har ansvaret for sygehusdriften og understøtter tiltag, der kan sikre trygge og hensigtsmæssige patientforløb, når specialiseret undersøgelse og behandling er påkrævet. Regionen iværksætter og viderefører initiativer, hvor det specialiserede sundhedsvæsen understøtter varetagelsen af patienter i primærsektoren, f.eks. gennem speciallægerådgivning, udadgående specialistfunktioner, udredningstilbud, telemedicinsk overvågning mv.
5. Almen lægepraksis har ansvaret for behandling af borgere, hvis tilstand ikke kræver sygehusets ekspertise og udstyr, og kommunen har ansvaret for pleje og genoptræning af disse borgere. Lægepraksis og kommune samarbejder om opgavevaretagelsen.
6. Sygehus og kommune har tilsammen ansvaret for at sikre kommunikation og samarbejde om udskrivning af patienter, således at utilsigtede genindlæggelser forebygges. Der henvises til den regionale samarbejdsaftale om udskrivning og indlæggelse på det somatiske område. Det er de ansvarlige fagpersoner, der i hvert enkelt tilfælde afgør i hvilket omfang samarbejdsaftalens redskaber skal udnyttes for at sikre et hensigtsmæssigt udskrivningsforløb.
7. Almen praksis og kommunen har i samarbejde ansvaret for den fornødne opfølgning i forhold til patienter, der har været behandlet på sygehus eller i speciallægepraksis, og hvor videre kontrol, efterbehandling, pleje og rehabilitering er påkrævet. Der henvises til den regionale samarbejdsaftale.
8. Det er de lokale samordningsforas opgave at udmønte ovenstående principper i samarbejde mellem almen praksis/vagtlæger, kommuner og sygehus. Udmøntningen fremgår af de specifikke aftaler.

Krav 3: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen.

3.1. Kvalitetsmonitorering af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen omfatter den *regionale samarbejdsaftale for samarbejde og kommunikation om patientforløb i det somatiske område*. Samarbejdsaftalens funktionalitet og overholdelse monitoreres af sygehusene løbende på grundlag af standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel. Blandt sygehusstandarderne er det især følgende generelle temaer der er af relevans i forhold til samarbejdsaftalen:

- Henvi sning, herunder oplysningsindhold
- Koordinering og kontinuitet, herunder samarbejdsaftaler og kontaktpersoner
- Overdragelse til henholdsvis praksis og kommune
- Patientinformation og kommunikation.
- Rehabilitering
- Medicinering

Kommunerne i Region Syddanmark vil etablere kvalitetsmonitorering med fokus på koordinering, kontinuitet, indhold og overdragelse. Kommunerne vil indgå i udviklingsarbejde med henblik på at fremme mulighederne for systematisk kvalitetsmonitorering af tværsektorielle patientforløb.

Almen praksis vil på sigt blive omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel.

Indikatorer for de enkelte standarder samt metoder til monitorering vil blive nærmere defineret i et samarbejde mellem de respektive myndigheders og institutioners kvalitetsorganisationer, idet der bør tilstræbes sammenhængende monitoreringsresultater. Denne monitorering vil især blive effektiv, når det bliver muligt at følge patientforløb på tværs af sektorerne.

Monitorering af krav 1: Information

I relation til samarbejdsaftalens forløbsbeskrivelser vedr. indlæggelse vil kvalitetsmonitoreringen bl.a. omfatte følgende målepunkter :

- Indikation for kommunikation mellem praksis og kommune inden indlæggelse
- Indhold i henvisninger til sygehus (følges af Praksiskonsulentorganisationen)
- Tidspunkt og indhold i kommunens oplysninger til sygehuset ved indlæggelse

Indikatormålingerne opsamles via de administrative systemer, når det gælder frekvenser og tidspunkter og via audits ifølge Den Danske Kvalitetsmodel, når det gælder indhold. Disse audits vil i første række rette sig mod patientforløb for kronisk syge.

For så vidt angår information til patient og pårørende iværksættes som led i en effektmåling af samarbejdsaftalen patienttilfredshedsundersøgelser med fokus på kvalitet og sammenhæng i overgangene mellem sektorerne i patientforløbene. Sådanne undersøgelser kan indgå i de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser eller iværksættes som lokale undersøgelser.

Monitorering af krav 2: Forebyggelse af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser

De lokale samordningsfora vil blive anmodet om årlig afrapportering om iværksatte samarbejdsaftaler og fælles projekter mv. der tager sigte på at forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

3.2. Opfølgning og udvikling af sundhedsaftalen

Ifølge de gældende sundhedsaftaler mellem kommunerne og Region Syddanmark er det de lokale samordningsforas opgave bl.a.

- At sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv.
- At koordinere kapacitet i henholdsvis sygehus- og kommunalt regi,
- At behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet og
- At behandle fortolknings spørgsmål.

Udførelsen af disse opgaver forudsætter, at resultaterne af kvalitetsmonitoreringen samles op i institutionernes kvalitetsorganisationer og behandles samlet i de lokale samordningsfora eller i nedsatte undergrupper hertil.

De lokale samordningsfora skal på dette grundlag drøfte nødvendige tilpasninger af drift, arbejdstilrettelæggelse og samarbejdsprocedurer mv. i de enkelte organisationer med henblik på at leve op til samarbejdsaftalen og dens grundprincipper. De lokale samordningsfora vil endvidere have til opgave at evaluere samarbejdsaftalen og overveje forslag til justeringer og opdatering.

For at fastholde et løbende fokus på samarbejdsaftalens funktionalitet og overholdelse skal rapporter over kvalitetsmonitoreringen i henholdsvis kommunalt regi og sygehusregi forelægges de lokale samordningsfora årligt.

De lokale samordningsforas dispositioner og forslag med sammendrag af kvalitetsresultaterne indgår i de lokale samordningsforas årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Samarbejdsaftalen gennemgås årligt på regionalt niveau på grundlag af tilbagemeldingerne fra de lokale samordningsfora. Forslag til tilpasninger vil blive udarbejdet i tværsektoriel sammenhæng og forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter til godkendelse. Væsentlige principielle ændringer i samarbejdsaftalen vil medføre behov for revision af sundhedsaftalerne.

Grundaftale om genoptræning

15. juli 2008

Krav nr. 1: Arbejdsdeling

Den arbejdsdeling, som er aftalt mellem regionen og kommunerne i forhold til levering af genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus samt beskrivelse af arbejdsdeling aftalt med tredjepart

1.1. Kriterier for arbejdsdeling

Arbejdsdelingen vedrørende almen ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning følger lovgivningen og Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006. Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for al genoptræning efter sundhedsloven.

Patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus skal tilbydes en skriftlig, individuel genoptræningsplan.

Specialiseret ambulant genoptræning skal ydes på et sygehus ud fra følgende kriterier:

- Genoptræningsydelse, der kræver et samtidigt og/eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- Genoptræningsydelse, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Det er ved anvendelsen af kriterierne ikke alene diagnosen, men ofte patientens tilstand, herunder sygdommens sværhedsgrad, der afgør om patienten efter udskrivelse fra sygehus skal have tilbud om specialiseret ambulant genoptræning i sygehusvæsenet.

Der er mellem Region Syddanmark og kommunerne udarbejdet en vejledning for *"Snitflade mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark"* (Bilag). Hensigten med vejledningen er at præcisere og vejlede personalet på sygehusene og i kommunerne i forhold til, hvor en ambulant genoptræning skal foregå. Samtidig er formålet at sikre en ensartet forståelse og fordeling af genoptræningsopgaverne mellem Region Syddanmark og kommunerne.

Når sygehuset vurderer, at patienten kan håndtere genoptræningen uden professionel assistance, skal sygehuset yde den nødvendige instruktion til patientens egenoptræning.

1.2. Tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser

Som et led i arbejdsdelingen er der udarbejdet en sygdomsspecifik, sammenhængende genoptræningsforløbsbeskrivelse og terapeutfaglig evidensbaseret retningslinie for apopleksi. Udarbejdelse af genoptræningsforløbsbeskrivelse for hoftenære brud er startet i november 2007. Arbejdet med at beskrive genoptræningsforløb for hjertepatienter og patienter med kronisk lungesygdom (KOL) starter februar 2008. Desuden vil der i 2008 blive udarbejdet genoptræningsforløbsbeskrivelser inden for amputationer og skuldre. Genoptræningsforløbsbeskrivelserne vil være tilgængelige på VisInfoSyd.

- Genoptræningsforløbsbeskrivelserne indeholder både kvalitative og kvantitative data for at sikre, at patienter/borgere modtager genoptræningsydelser, der lever op til en aktuel og evidensbaseret god kvalitet og en ensartet regional kvalitet indenfor genoptræningsområdet.
- De terapeutfaglige retningslinier kan danne baggrund for regionalt udarbejdede kvalitetsstandarder og indikatorer til opfyldelse af centrale kvalitetsmål i forhold til patientoplevelse kvalitet, organisatorisk kvalitet og sundhedsfaglig kvalitet.

Der er udarbejdet en generisk model for tværsektorielle genoptræningsforløb i Region Syddanmark, hvori ICF terminologien (International Classification of Functioning, Disability and Health) anvendes. ICF er af WHO foreslået som et tværfagligt og tværsektorielt kommunikationsredskab .

1.3. Hjemmebesøg

Jf. § 5 i Sundhedsloven opfattes hjemmebesøg ordineret under indlæggelse som en del af behandlingen på sygehus.

Jf. Regional samarbejdsaftale i Region Syddanmark skal det i forløbsplanen vurderes, om der er behov for hjemmebesøg.

Sygehuset varetager hjemmebesøg som et integreret led i behandlingsforløbet og som led i udredning og genoptræning under indlæggelse på sygehus.

Kommunen varetager som udgangspunkt hjemmebesøg med det formål, at vurdere behovet for boligændringer og hjælpemidler i forbindelse med udskrivelsen fra sygehus, samt hjemmebesøg med det formål at indrette en acceptabel arbejdsplads for personalet i hjemmeplejen.

1.4. Befordring

Jf. § 172 i Sundhedsloven yder kommunalbestyrelsen befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræning til personer, der har behov for genoptræning efter endt behandling på sygehus, jf. § 140. Befordringen eller befordringsgodtgørelse ydes efter § 171.

1.5. Arbejdsgruppe på børne- og ungeområdet

For at få afklaret snitfladen mellem serviceloven og sundhedsloven på børne- og ungeområdet samt de specielle og komplekse problemstillinger, som er på feltet, er der under den tværsektorielle følgegruppe for genoptræning (vedr. følgegruppe for genoptræning, se pkt. 5.1) ved at blive nedsat en arbejdsgruppe på børneområdet.

Krav nr. 2: Kommunikation

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning

2.1. Kommunikation vedr. behov for genoptræning

Ved sygehusbehandling sker en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning, som led i undersøgelses- og behandlingsforløbet.

Ved behov for kommunale genoptræningsydelser orienterer sygehuset om dette til kommunen tidligst muligt i forløbet, og senest i forbindelse med forberedelse af udskrivning eller afslutning af ambulante forløb.

For patienter med væsentlige funktionsændringer varsles behov for genoptræning i en forløbsplan, og aftales nærmere ved en udskrivningskonference eller tilsvarende koordinering.

Der henvises i øvrigt til grundaftale vedr. udskrivningsforløb og bilag hertil.

Genoptræningsplanen skal udarbejdes, hvis patienten har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Dvs. lægen vurderer, om patienten har en nedsat funktionsevne med problemer i kroppens funktioner eller anatomi, samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger, og om genoptræning kan bedre dette.

Patienter der alene skal egentræne og modtager midlertidige eller varige ydelser fra bopælskommunen (fx hjemmehjælp, hjemmesygepleje mv.) skal have udarbejdet en genoptræningsplan ved udskrivelse fra sygehus.

Genoptræningsplanen skal være skriftlig og udarbejdes sammen med patienten.

Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet. Genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger om, hvordan sygehuset og bopælskommunen kan kontaktes.

For at give den nødvendige information om genoptræningsplaner til personalet på regionens sygehuse, er der udarbejdet en Regional retningslinie for genoptræningsplaner (bilag). Retningslinien følger nøje "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus", samt "Vejledning om træning i kommuner og regioner." Derfor er retningslinien også gældende for private sygehuse/ klinikker.

Formålet er, at genoptræningsplaner udfyldes og videregives korrekt på grundlag af en ensartet regional retningslinie. Retningslinien indeholder en beskrivelse af målgruppe, formål, definition af kernebegreber, fremgangsmåde for udarbejdelse af genoptræningsplaner, indhold, standarder og indikatorer.

2.2. Kommunikation mellem sygehus, kommune og praktiserende læge

Efter aftale med patienten sendes genoptræningsplanen elektronisk til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge. Den specialiserede ambulante genoptræningsplan skal også sendes til det valgte sygehus.

Patientens samtykke til videregivelse af genoptræningsplanen skal indhentes.

2.3. Tidsangivelse for bopælskommunens og sygehusets kontakt til patienten for tilrettelæggelse af det videre genoptræningsforløb

Senest 5 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplanen i kommunen / på sygehuset, kontaktes patienten af kommunen eller det sygehus, der har ansvaret for den videre genoptræning, med henblik på det videre forløb.

2.4. Påbegyndelse af ambulans genoptræning

Angivelse af tidsfrister for, hvornår et genoptræningsforløb senest bør være begyndt sker på baggrund af:

- En individuel vurdering
- En lægefaglig begrundelse

Beskrivelse heraf fremgår af genoptræningsplanen. Endvidere skal det noteres, hvis genoptræningen *ikke* bør startes for tidligt.

Såfremt der er særlige opmærksomhedspunkter fx regimer, der skal tages hensyn til i forbindelse med genoptræningen, gøres der i genoptræningsplanen særskilt opmærksom herpå, og det gældende regime vedlægges den pågældende genoptræningsplan.

2.5. Kontaktpersoner på sygehuse og i kommuner

Af genoptræningsplanen fremgår kontaktpersonen på sygehus og i kommunen. Disse kan kontaktes af borgere/patienter og fagpersoner ved spørgsmål til den individuelle genoptræningsplan som fx:

- Rådgivning om atypiske patientforløb
- Opklarende spørgsmål om det videre genoptræningsforløb
- Orientering om frit valg vedr. genoptræningstilbud

Ved generelle spørgsmål og principielle sager vedr. genoptræning kontaktes chefterapeuterne ved sygehusenhederne. Ligeledes er der udpeget kommunale kontaktpersoner. På www.visinfosyd.dk er der en oversigt over kontaktpersonerne.

Krav nr. 3: Frit valg af genoptræningssted

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.

3.1. Sygehusets information om patienters valg af genoptræningssted

Jf. *Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus* skal genoptræningsplanen indeholde rådgivning om patienters mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.

Dette sikres ved, at sygehuset ved udleveringen af genoptræningsplanen informerer patienten om retten til at vælge:

- Mellem fagligt relevante genoptræningstilbud på bopælsregionens eller andre regioners sygehuse og specialsygehuse (hvilke specialsygehuse oplyses på www.sygehusvalg.dk), når det drejer sig om *specialiseret ambulans genoptræning*
- Mellem fagligt relevante genoptræningstilbud i bopælskommunen og i andre kommuner, når det drejer sig *almen ambulans genoptræning*

Sygehuset udleverer sammen med genoptræningsplanen en informationskrivelse om frit valg mellem genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus

3.2. Specialiseret ambulans genoptræning

Patienter, der efter udskrivning fra et sygehus har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret ambulans genoptræning, kan udover genoptræning på bopælsregionens sygehuse også vælge mellem andre regioners sygehuse og specialsygehuse. En sygehusafdeling kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage fritvalgspatienter, der har bopæl i en anden region. Denne oplysning fremgår af informationskrivelsen, som udleveres til patienten sammen med genoptræningsplanen. Valget af genoptræningssted træffes med udgangspunkt i oversigter over genoptræningstilbud (se information om genoptræningstilbud sidst i dette afsnit).

Senest 5 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplanen kontaktes patienten af det valgte sygehus, der har ansvaret for den videre genoptræning, med henblik på at planlægge det videre forløb.

3.3. Kommunens information om patienters valg af genoptræningssted ved almen ambulans genoptræning

Patienter, der efter udskrivning fra et sygehus har et lægefagligt begrundet behov for almen ambulans genoptræning, kan vælge mellem de genoptræningstilbud, bopælskommunen har etableret ved egne institutioner eller de andre leverandører kommunen har indgået aftale med. Patienterne kan også vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner, men har ikke krav på genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere via særlige aftaler med andre leverandører. En kommune kan af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage fritvalgspatienter, der har bopæl i en anden kommune. Denne oplysning fremgår af informationskrivelsen, som udleveres til patienten sammen med genoptræningsplanen og vil blive drøftet under bopælskommunes første kontakt med patienten. Valget af genoptræningssted træffes med udgangspunkt i oversigter over genoptræningstilbud (se information om genoptræningstilbud sidst i dette afsnit).

Senest 5 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplanen kontaktes patienten af kommunen, der har ansvaret for den videre genoptræning med henblik på at planlægge det videre forløb. Ifølge *Vejledning om træning i kommuner og regioner – december 2006* skal bopælskommunen ved første kontakt til patienten

informere om dennes frie valg på genoptræningsområdet, dvs. muligheden for at vælge mellem fagligt relevante genoptræningstilbud i bopælskommunen og i andre kommuner. Informationen gives med udgangspunkt i oversigter over genoptræningstilbud (se information om genoptræningstilbud sidst i dette afsnit).

3.4. Information om genoptræningstilbud

Kommunerne og regionen skal på www.visinfosyd.dk løbende opdatere en oversigt over deres genoptræningstilbud, herunder oplysninger om:

- Målgrupper
- Tilbudets målsætning
- Tilbudets indhold og omfang
- Hvor foregår tilbudet
- Hvem er leverandøren (kontaktnavn, adresse, tlf., e-mailadresse, evt. hjemmeside)
- Maksimal ventetid

Krav nr. 4: Koordinering af kapacitet

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunerne sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehuset.

4.1. Koordinering af kapacitet

Den myndighed der har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen i henhold til den opgavefordeling der er fastlagt i sundhedsaftalen, sørger for den nødvendige kapacitet. Den umiddelbare varetagelse heraf påhviler vedkommende institutionsledelse mv.

Koordinering mellem kommune og sygehus af kapacitetsspørgsmål varetages i det lokale samordningsforum, jfr. sundhedsaftale om det organisatoriske samarbejde. Løbende overvågning og tilpasning af kapacitet er en kerneopgave i samarbejdet mellem kommunen og sygehuset og indgår som fast punkt i samordningsforums møder.

I denne forbindelse udveksles nærmere information om aktivitetsmønsteret i henholdsvis sygehusregi og kommunalt regi, herunder omfang og type af genoptræningstilbud.

Sygehuset er forpligtet til at varsle kommunerne om ændringer i behandlingsaktiviteten i god tid, og drøfte de nærmere vilkår og konsekvenser, så den opfølgende indsats over for patienterne kan planlægges. Her sigtes f.eks. til omlægning fra indlagte til ambulante forløb, accelererede patientforløb, ændringer i patientstrømme og –sammensætning etc.

Kommunen er forpligtet til at orientere sygehuset om ændringer i struktur og kapacitet i forebyggende ydelser, sundhedsplejen, aflastningstilbud samt pleje- og genoptræningstilbud.

Koordineringsspørgsmål af principiel karakter samt større lokale dispositioner indgår i det lokale samordningsforums årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget samt de respektive parter.

Kapacitetsspørgsmål af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommunerne og Region Syddanmark inddrager og orienterer hinanden gensidigt. Planforslag forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter til høring.

Større kapacitetstilpasninger beskrives i regionens sundhedsplan og i tilsvarende sektorplanlægning i kommunen.

Krav nr. 5: Opfølgning

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen

5.1. Kvalitetsmålinger

Resultaterne af udførte kvalitetsmålinger drøftes i den tværsektorielle følgegruppe for genoptræning, samt i de lokale samordningsfora. Resultaterne indgår i den årlige afrapportering fra de lokale samordningsfora til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

5.2. Opfølgning på krav 1

- Der er nedsat en tværsektoriel følgegruppe for genoptræning som overordnet skal sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb via klar arbejdsfordeling af opgaverne, relevant information og kommunikation, samarbejde, kvalitetsudvikling og opfølgning mellem sektorerne
- Ansvar for den løbende drøftelse af udmøntningen af snitfladen mellem specialiseret og almen ambulant genoptræning lægges i de lokale samordningsfora, samt i den tværsektorielle følgegruppe for genoptræning. "Snitflade mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark" lægges til grund for dialog 1 gang årligt. Formandskabet for Følgegruppe for genoptræning har ansvaret for at forberede emnet til drøftelse i ovennævnte fora. Forslag til ændring og revision af "Snitflade mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark" forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.
- En gang årligt foretages der en kvalitetsvurdering af de opstillede standarder i de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser.

5.3. Opfølgning på krav 2

- Det administrative kontaktforum har godkendt en procesplan for kvalitativ audit af genoptræningsplaners indhold. Fremover udføres en gang årligt en audit af det kvantitative eller kvalitative indhold i udarbejdede genoptræningsplaner. Til grund for audit ligger Regional retningslinie for genoptræningsplaner i Region Syddanmark og dertil hørende checkliste.
- Følgegruppe for genoptræning har ansvaret for at komme med anbefalinger til supplerende oplysninger til indhold i genoptræningsplaner ud over de obligatoriske oplysninger. Fx standardiseret funktionsevnetest eller beskrivelse af gennemført genoptræning under sygehusindlæggelse (jf. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus).

5.4. Opfølgning på krav 3

En gang årligt foretager de lokale samordningsfora kontrol af om informationerne, nævnt under krav 3, er tilgængelige, opdaterede og fyldestgørende på www.visinfosyd.dk Formandskabet i de lokale samordningsfora har ansvaret for at udarbejde en årlig handleplan for løbende kvalitetsudvikling.

Afrapportering sker i årsrapporten til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

5.5. Opfølgning på krav 4

Monitoreringen på dette område er integreret i de lokale samordningsforas opgaver.

Grundaftale om hjælpemiddelområdet

15. juli 2008

Krav nr. 1: Arbejdsdeling

Arbejdsdelingen mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug

1.1. Forsyningsansvar

Et integreret led i sygehusbehandling er at forsyne patienter med de redskaber m.v. som er en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen, i de tilfælde, hvor der er behov herfor. Udgiften hertil afholdes af regionen.

Ved behov for hjælpemidler som led i behandlingen på sygehuset er sygehuset ansvarlig for at udlevere disse til patienten ved udskrivelsen.

"I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal kommunen afholde udgifterne hertil og herunder udgifterne til de hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe hjælpemidlerne" (Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, 21. december 2006).

Hjælpemidler i forbindelse med genoptræning er således hjælpemidler, der bevilges af kommunen som en integreret del af genoptræningsopgaven. Undtaget herfra er dog hjælpemidler til brug ved specialiseret ambulans genoptræning. Her leverer sygehuset de nødvendige hjælpemidler, mens det er kommunen der afholder udgiften. Taksterne til specialiseret ambulans genoptræning er beregnet således, at kommunerne ikke skal betale særskilt for hjælpemidler til specialiseret ambulans genoptræning (DRG-afregnet).

Ved behov for hjælpemidler, pga. varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne i henhold til § 112 i Serviceloven, ansøger borgeren om hjælpemidler i kommunen.

1.2. Arbejdsdeling

Arbejdsdelingen har som udgangspunkt følgende principper:

- Let adgang for patienten/borgeren til behandlingsredskaber og hjælpemidler
Der vil fra kommunerne og Region Syddanmark være fokus på at løse opgaven bedst muligt for patienten/ borgeren. Hertil anvendes et *tilknytningsprincip*, dvs. såfremt der er tvivl om, hvilken myndighed der har ansvaret for opgaveudførelsen udføres opgaven af den myndighed, der har tættest kontakt med patienten/ borgeren. Det nødvendige behandlingsredskab eller hjælpemiddel leveres til patienten/ borgeren, og ansvaret og betalingsspørgsmålet afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.
- Enkel logistik, kombineret med en enkel administrativ betalingsordning.
- Fraviges princippet om *enkel logistik*, skal der fortsat tilstræbes enkle administrative betalingsordninger

Arbejdsdelingen mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber er beskrevet i Casekatalog, Regionen og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark (bilag 1). Til grund for casekataloget er Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, Cirkulære af 21. december 2006.

1.3. Formålet med casekataloget

Casekataloget skal fremme samarbejdet mellem parterne gennem en forenkling og bedst mulig fælles forståelse af Cirkulæret. Casene i kataloget omfatter alle aldersgrupper. Børneområdet er ikke behandlet særskilt, men skal læses ud fra de beskrevne cases. Casekataloget er udformet som en elektronisk opslagsbog til brug for samtlige medarbejdere på sygehusene og i kommunerne i Region Syddanmarks område. www.visinfosyd.dk

Casekataloget følger rækkefølgen i *Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber* og beskriver for hver enkelt case:

- Myndighedsvurdering
- Ansvar for instruktion i brugen af hjælpemidlet/ behandlingsredskabet
- Ansvar for vedligeholdelse og reparation af hjælpemidlet/ behandlingsredskabet
- Leveringsansvaret
- Finansieringsansvaret

Der er nedsat en tværsektoriel følgegruppe jfr. pkt. 5.1, som har til opgave at følge udviklingen vedr. hjælpemidler og behandlingsredskaber, samt sikre at casekataloget løbende evalueres og udbygges med relevante principielle cases, som kan hjælpe til daglig afklaring af arbejdsdeling og ansvar imellem kommunerne og regionen.

1.4. Dialog om udmøntning af arbejdsdelingen

Casekataloget er et dynamisk redskab som løbende skal udbygges. Dialogen vedrørende casekataloget skal foregå i de lokale samordningsfora. Principielle problemstillinger sendes videre til den tværsektorielle følgegruppe. Forslag til ændring og revision af *Casekatalog, Regionen og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark* forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Krav nr. 2: Kapacitet

Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter

2.1. Sikring af kapaciteten

Den myndighed der har ansvaret, i forhold til aftalt opgavefordeling, sørger for den nødvendige kapacitet. Koordinering af kapacitet varetages i det lokale samordningsforum.

I kommuner og på sygehuse er der en overordnet ansvarlig for hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Oversigt findes på www.visinfosyd.dk

Løbende overvågning og tilpasning af kapacitet er en kerneopgave i samarbejdet mellem sygehuse og kommuner, og sættes på dagsordenen med faste intervaller i de lokale samordningsfora.

2.2. Sikring af kvaliteten

De lokale samordningsfora følger og sikrer kvaliteten af leveringstider, hjælpemidlernes/ behandlingsredskabernes funktion, udlevering og tilbagelevering af hjælpemidler / behandlingsredskaber.

Krav nr. 3: Afklaring af behov

Hvordan parterne gennem dialog og afklaring af den enkelte patients behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber sikrer, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra sygehus.

3.1. Afklaring af og kommunikation vedr. behov for hjælpemidler

Gennem den regionale samarbejdsaftale sikres tidlig dialog og samarbejde om det enkelte patientforløb mellem sygehus og kommune.

I samarbejdsaftalen er der beskrevet ambulante forløb i sygehusregi, samt korte såvel som længerevarende indlæggelsesforløb med hver deres krav til kommunikation og samarbejde. Ved sygehusbehandling sker en lægefaglig vurdering / vurdering på lægefagligt ansvar af behov for hjælpemidler og behandlingsredskaber som led i undersøgelses- og behandlingsforløbet.

Ved behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber orienterer sygehuset dette til kommunen tidligst muligt i forløbet og senest i forbindelse med forberedelse af udskrivning eller afslutning af ambulante forløb. For patienter med væsentlige funktionsændringer varsles behov for hjælpemidler og behandlingsredskaber i en forløbsplan og aftales nærmere ved en udskrivningskonference eller tilsvarende koordinering.

3.2. Kommunikation i forbindelse med forberedelse af udskrivning og ved udskrivning

I forbindelse med forløbsplanen og forud for udskrivningen aftales behov for hjælpemidler, som anføres i udskrivningsrapporten.

Der henvises i øvrigt til "Grundaftale vedr. udskrivningsforløb" og bilag hertil.

Krav nr. 4: Information

Hvordan parterne sikrer nødvendig instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber, og at patienten har adgang til at få svar på spørgsmål herom.

4.1. Formålet med udlevering af hjælpemidler

Formålet med at udlevere hjælpemidler til patienten er at understøtte eller lette patienten ved udførelse af aktiviteter som patienten ikke vil være i stand til at udføre eller måske kun kan udføre med stort besvær eller hjælp fra andre.

De fleste hjælpemidler skal indstilles individuelt. Derfor er individuel tilpasning af et behandlingsredskab eller hjælpemiddel en vigtig og nødvendig del af hjælpemiddelformidlingen

4.2. Sikring af instruktion

For at sikre den nødvendige instruktion af patienten i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber er der i *Casekatalog, Regionen og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark* angivet, at det er den udleverende myndighed, der har ansvaret for at indstille behandlingsredskaber og hjælpemidler, og instruere i brug af disse.

Den udleverende myndighed er ligeledes ansvarlig for reparationer ved behov herfor.

De udleverede hjælpemidler skal være i god og funktionsdygtig stand

4.3. Kontakt og dialog med patienten

Under indlæggelsessamtalen får patienten information og viden om en fast og navngiven sundhedsfaglig kontaktperson (læge, sygeplejerske m.v.), jf. regional samarbejdsaftale. Kontaktpersonen kan kontaktes af patienten i forbindelse med behandlingsforløbet for dermed at øge kvaliteten, sammenhængen og trygheden i behandlingen. Kontaktpersonen har et særligt ansvar for sikring af sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb, herunder eksempelvis afklaring af behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber til patienten/borgeren.

Region Syddanmark og kommunen forpligter sig til at koordinere indsatsen til den enkelte borger i de tilfælde, hvor borgeren både har varige og ikke-varige hjælpemidler.

Der henvises i øvrigt til tilknytningsprincippet under denne aftales krav nr. 1.

Det sikres, at patienten/ borgeren ved hvor og hvordan, man skal henvende sig ved spørgsmål i forbindelse med udleverede hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Borgerens kontakt til sygehus eller til kommunen anvises ved udskrivningen. Kontaktfunktionens placering vil afhænge af den lokale aftale mellem sygehus og kommune, og vil som oftest være terapiafdelingen på sygehuset eller sagsbehandleren i kommunen.

4.4. Kontaktpersoner på sygehuse og i kommuner

Ved spørgsmål vedrørende behandlingsredskaber og hjælpemidler kan navngivne kontaktpersoner kontaktes.

På www.visinfosyd.dk findes en oversigt over kontaktpersoner på sygehusene og i kommunerne med telefonnumre, telefontider og anden central information.

4.5. Opfølgende rådgivning

Ved behov for opfølgende rådgivning efter udlevering af hjælpemidler/ behandlingsredskaber kontaktes den sundhedsperson som har udleveret hjælpemidlet/ behandlingsredskabet.

Hvis der er udleveret hjælpemidler i forbindelse med sygehusbehandling rettes henvendelse til kontaktpersonen på sygehuset.

Hvis der er udleveret hjælpemidler i forbindelse med genoptræning i kommunen rettes henvendelse til kontaktpersonen i kommunen.

På www.visinfosyd.dk findes en oversigt over kontaktpersoner i kommunerne og på sygehusene.

Krav nr. 5: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen

5.1. Tværsektoriel følgegruppe

Der er nedsat en permanent følgegruppe for behandlingsredskaber og hjælpemidler. Følgegruppen følger udviklingen på området og sikrer et overordnet perspektiv i Region Syddanmark. Følgegruppen har følgende opgaver:

- At fortolke problemstillinger fra praksis og herudfra udarbejde cases, som kan hjælpe til daglig afklaring af ansvar mellem kommunerne og regionen.
- Ajourføre Casekataloget ud fra evalueringer og tilbagemeldinger fra de lokale samordningsfora. Forslag til ændring og revision af *Casekatalog, Regionen og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark* forelægges Sundhedskoordinations-udvalget og de respektive parter.

5.2. Opfølgning

Krav nr. 1

Rejste sager og tvivlsspørgsmål registreres i de lokale samordningsfora. Registreringen fremgår af den årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Krav nr. 2, 3 og 4

Indikatorer:

- 1 gang årligt audit på om hjælpemidlerne er til stede, når de skal anvendes af patienten/borgeren
- Hvert andet år udføres patienttilfredshedsundersøgelser, hvor følgende emner undersøges:
 - Udpeget kontaktperson
 - Modtaget instruktion i brug af hjælpemidler
 - Var hjælpemidlet til stede ved hjemkomst fra sygehus
 - Hjælpemidlernes funktionsdygtighed
 - M.v.

De lokale samordningsfora vurderer og følger op på resultaterne af kvalitetsovervågningen.

Opfølgningen indgår i den årlige beretning til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

**Grundaftale om forebyggelse og sundheds-
fremme, herunder patientrettet forebyggelse**

15. juli 2008

Introduktion

Målsætning

Med Sundhedsloven har både regioner og kommuner fået en forpligtigelse til at varetage forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse.

Målsætningen for patientrettet forebyggelse er at optimere patientforløbene og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst mulig vare på sig selv. Det forudsætter, at den enkelte patient i videst muligt omfang får de kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve en god egenomsorg, fx gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning.

Definitioner

Definition på patientrettet forebyggelse

Begrebet patientrettet forebyggelse defineres i nærværende tekst som en indsats med det formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer.

Definition af patientuddannelse

Begrebet patientuddannelse anvendes i nærværende tekst som en samlet betegnelse for de aktiviteter, der foregår i uddannelsesprocessen af patienter med kronisk sygdom.

Patientuddannelse defineres som strukturerede forløb – typisk i hold af patienter – med det formål at øge patienternes livskvalitet og handlekompetence i forhold til deres sygdom.

Der skelnes mellem sygdomsspecifik og generel patientuddannelse:

- *Sygdomsspecifik patientuddannelse* er en formidling af specifikke forhold vedrørende den konkrete sygdom, eksempelvis hjertesygdom, diabetes, KOL etc. Formidlingen indgår som et led i behandlingen og rehabiliteringen af kronisk syge og varetages af sundhedsprofessionelle med faglig og pædagogisk baggrund. Indholdet kan omfatte specialiserede sygdomsspecifikke elementer og elementer af mere generel karakter.
- *Generel patientuddannelse* er en formidling af erfaringer og viden om det at leve med en kronisk sygdom, der går på tværs af diagnoser. Formidlingen kan varetages af sundhedsprofessionelle eller af undervisere, som selv er patienter. Eksempel på patient underviser patient patientuddannelse er det af Sundhedsstyrelsen anbefalede Stanford-program.

Definition af egenomsorg

Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, psykiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer, som følge af at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg er en sundhedsaktivitet, som en patient eller anden borger udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed.

Kilde: Terminologi Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, Sundhedsstyrelsen, 2005.

Definition af rehabilitering

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har – eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Kilde: Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabilitering. MarselisborgCentret, 2004.

Ansvarsdeling ifølge sundhedsloven

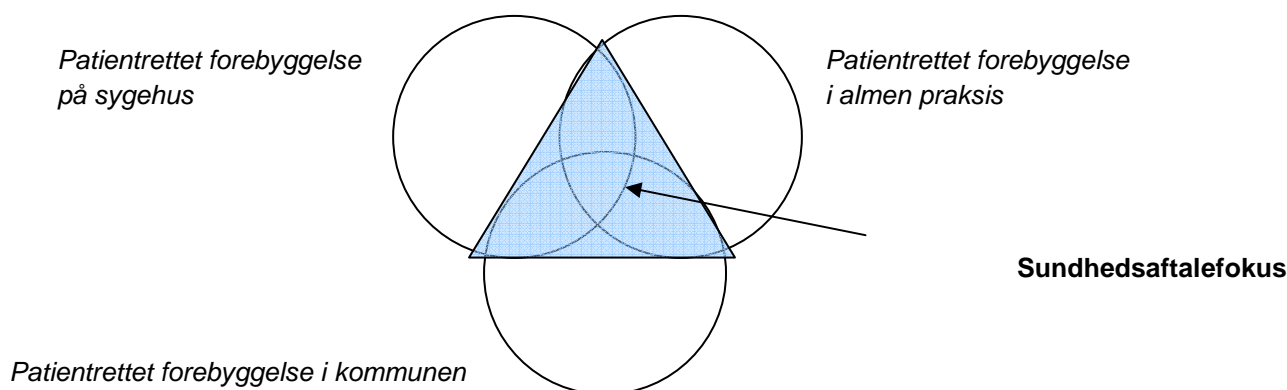
Ansvar for den patientrettede forebyggelse er delt mellem regioner, almen praksis og kommuner. Regionerne har ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse som foregår i tilknytning til patientbehandlingen i sygehusvæsenet og i almen praksis, mens kommunerne har ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke foregår i forbindelse med patientbehandlingen.

Herudover ligger der et medansvar hos den enkelte patient til at udøve egenomsorg og aktivt tage del i egen behandling. Her er det vigtigt at sundhedsprofessionelle er opmærksom på social ulighed for at vurdere patientens ressourcer og kompetencer til at udøve denne egenomsorg.

Afgrænsning

Sundhedsaftalen sætter alene fokus på den del af den patientrettede forebyggelse, hvor der er påkrævet behov for samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune. Patientrettede forebyggelsesindsatser, der alene varetages på sygehuset (eks. individuel rådgivning ved sygesengen), i almen praksis (eks. individuel vejledning i konsultationerne) eller i kommunerne (eks. mestringstilbud og andre helhedsorienterede indsatser) er således ikke beskrevet i sundhedsaftalen.

Nedenstående figur viser, hvad der fokuseres på i sundhedsaftalen.



Målgruppen for den patientrettede forebyggelsesindsats er afgrænset til personer med en lægediagnosticeret sygdom. De fleste personer med en kronisk sygdom vil dog ikke i det daglige betragte sig som patienter, men som ligeværdige borgere.

Der vil i praksis ikke kunne skelnes skarpt mellem borger- og patientrettede forebyggelsesindsatser, idet indsatserne kan være rettet mod de samme risikofaktorer og delvis anvende samme metoder. Således kan kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud, eksempelvis livsstilsinterventioner med udgangspunkt i KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion), både være borger- og patientrettede.

Krav 1: Arbejdsdeling

Arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunerne i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

1.1. Arbejdsdeling inden for patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme generelt

Arbejdsdeling i forhold til livsstilsinterventioner i den patientrettede forebyggelse

Et gennemgående element i patientrettet forebyggelse vil være indsatser målrettet adfærdsændring inden for livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion.

Kommunerne er ansvarlige for:

- At etablere gruppebaserede livsstilsinterventioner med udgangspunkt i risikofaktorerne, og det foreslås at prioritere KRAM-faktorerne.

Region Syddanmark er på sygehuse og i almen praksis forpligtet til:

- At sætte fokus på livsstil i patientbehandlingen i form af systematisk opsporing af risikofaktorer og efterfølgende motivation for livsstilsændringer forud for henvisning til kommunale tilbud.

Almen praksis er ansvarlig for:

- Tilbyde individuelt baseret rådgivning og vejledning til patienter på KRAM-faktorerne. Opgaven kan varetages gennem anvendelse af praksispersonalet. Region Syddanmark understøtter etableringen af uddannelses tilbud til praksispersonalet med henblik på gennemførelse af livsstilsinterventioner.

Arbejdsdeling i forhold til generel patientuddannelse

Tilbud om generel patientuddannelse rettet mod grupper af patienter med forskellige sygdomme varetages af kommunerne. Forløbene kan varetages af sundhedsprofessionelle eller patienter med kronisk sygdom, der formidler erfaringer og viden om det at leve med kronisk sygdom.

Arbejdsdeling i forhold til opfølgning og fastholdesestilbud

Kommunerne er ansvarlige for at tilbyde fastholdelse og opfølgningstilbud til de patienter der deltager i kommunale patientrettede forebyggelsesindsatser. Opgaven kan eventuelt varetages i samarbejde med patientforeninger, frivillige organisationer osv.

1.2. Arbejdsdeling i forhold til sygdomsspecifik patientuddannelse

En væsentlig del af den patientrettede forebyggelse vil foregå som patientuddannelse. Region Syddanmark er ved sygehusene ansvarlig for:

- At tilbyde specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse. Specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse kræver, at indsatsen skal være en integreret del af den sygdomsspecifikke behandling, herunder indeholde aktiviteter, der kræver medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed eller som af sikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af sygehusudstyr eller kliniske støttefunktioner.
- Region Syddanmark gennemfører i 2008 en intern regional harmonisering af aktiviteterne i de sygdomsspecifikke patientuddannelser på hjerte-, diabetes- og KOL-området. Målet er, at borgere i Region Syddanmark tilbydes de samme sygdomsspecifikke patientuddannelses tilbud på regionens sygehuse, uafhængigt af bopælskommune og tilhørende sygehustilknytning. Patientuddannelses tilbuddene bygger ideelt på foreliggende nationale retningslinjer. Sygdomsspecifikke patientuddannelses tilbud på sygehusene i Region Syddanmark fremgår af de specifikke aftaler.

Region Syddanmark er ved de alment praktiserende læger ansvarlig for:

- At varetage funktionen som tovholder vedrørende behandling og forebyggelsestiltag af såvel sygdomsspecifik som mere generel karakter og således sikre sammenhæng mellem disse tiltag. For patienter med begrænsede ressourcer og kompetencer er det væsentligt, at almen praksis varetager tovholderfunktionen i et tæt samarbejde med kommune og sygehus. Almen praksis kan henvise til kommunale forebyggelsestilbud, hvis det er aftalt mellem parterne som en del af rehabiliteringsforløbet, jfr. pkt. 2.2.

Kommunerne er ansvarlige for:

- På baggrund af det samlede forløb i sygdomsspecifik patientuddannelse at tilbyde en fortsat patientuddannelse, der kan indeholde både sygdomsspecifikke og generelle elementer (eksempelvis rygestop, fysisk træning og kostvejledning af KOL-patienter).
- Udvikling, etablering og dimensionering af patientuddannelse i kommunalt regi vil afhænge af lokale forhold, muligheder og prioriteringer. En oversigt over kommunens patientuddannelsestilbud er beskrevet i de specifikke aftaler for den pågældende kommune.

Arbejdsdeling mellem almen praksis og kommune i forhold til sygdomsspecifik patientuddannelse
Fastlæggelsen af arbejdsdelingen mellem kommune og almen praksis i forhold til sygdomsspecifik patientuddannelse aftales lokalt via det lokale samordningsforum, gennem samarbejde med de praktiserende læger i den enkelte kommune i samarbejde med den kommunale praksiskonsulent.

Alle relevante informationer om patientuddannelsestilbud vil fremover fremgå af det fælles sundhedsinformationssystem VisInfoSyd.

1.3. Arbejdsdeling og indhold i sygdomsspecifikke patientuddannelsestilbud for patienter med konkrete diagnoser

Udvikling og etablering af sygdomsspecifikke patientuddannelsestilbud forudsætter en konkretisering af arbejdsdelingen mellem Region Syddanmark og regionens kommuner i forhold til den enkelte diagnosegruppe. *I bilag eksemplificeres arbejdsdelingen i forhold til hjerte-, diabetes- og KOL-området.* I bestræbelserne på at opnå sammenhæng i patientuddannelsesforløb på tværs af sektorer er det væsentligt, at der i de lokale samordningsfora indgås aftale om, hvilke kommunale forebyggelsestilbud, der kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb. I forhold til anbefalinger til indholdet i sygdomsspecifikke patientuddannelsestilbud på hjerte-, diabetes- og KOL-området, tages der udgangspunkt i de nationale kliniske retningslinier, hvor disse forefindes.

De tre diagnosegrupper hjertesygdom, diabetes og KOL er valgt fordi sygdommene er udbredte i den danske befolkning og patienter med disse sygdomme ofte optræder på såvel sygehuse som i almen praksis. Samtidig er sygdommene forbundet med betydelige sociale omkostninger. Der er derfor en fælles interesse i at sikre en effektiv og sammenhængende indsats for disse patientgrupper.

Den nærmere planlægning og udformning af konkrete sammenhængende patientuddannelsestilbud for de enkelte diagnosegrupper sker i samspil mellem de lokale samordningsfora og de diagnosespecifikke koordineringsgrupper, der nedsættes til implementering af strategien "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i region Syddanmark", jfr. sundhedsaftale herom.

Arbejdsdeling på øvrige diagnosegrupper

Erfaringer fra samarbejdet på hjerte-, diabetes- og KOL-området kan danne grundlag for fastlæggelse af arbejdsdelingen indenfor de øvrige folkesygdomme.

Krav 2: Sammenhæng mellem tilbud

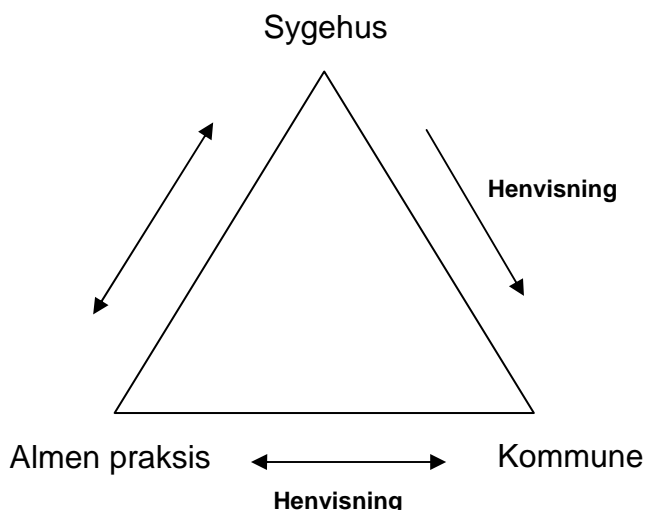
Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

2.1. Sammenhæng mellem tilbud

Der lægges i sundhedsaftalen særlig vægt på overgangen fra sygehus tilbud til kommunale tilbud samt fra almen praksis til kommunale tilbud.

Almen praksis forudsættes i vid udstrækning at komplementere tilbuddene i de øvrige sektorer, særligt i form af aftalte forebyggelseskonsultationer, der danner grundlag for henvisninger til tilbuddene, jfr. nedenfor.

Endvidere kan dele af de kommunale tilbud tænkes lagt i regi af praktiserende læger, idet dette dog kræver særlige aftaler i det omfang dette falder udenfor de praktiserende lægers overenskomst.



Der er enighed om, at det optimale henvisningsforløb forudsætter:

- Kvalitet i tilbuddene baseret på evidens
- Kendskab til tilbuddene
- Én indgang til tilbuddene

På det konkrete samarbejdsniveau vil det i det lokale samordningsforum omkring det enkelte sygehus blive aftalt, hvilke tilbud henholdsvis kommune og sygehus råder over. VisInfoSyd vil være den kommunikationsplatform, der anvendes til at vise oversigten over tilbuddene. Den konkrete henvisning vil blive sendt til den ene indgang i kommunen som oplyses på VisInfoSyd.

2.2. Principper for henvisning

Henvisningsprocedure

1. Alment praktiserende læger kan henvise patienter til forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud, som patientens hjemkommune stiller til rådighed for borgerne. Sygehusets henvisning til kommunale forebyggelsestilbud vil typisk ske i forbindelse med udskrivningen, hvorfor den praktiserende læge bør oplyses om henvisningen i epikrisen.

2. Henvisning sker på baggrund af en lægefaglig vurdering – eller en vurdering på lægeligt ansvar – af patientens behov for forebyggelse og sundhedsfremme, foretaget på basis af relevant faglig evidens, tilgængelig viden og bedste praksis.
3. Henvisning forudsætter at tilbuddet er bekendtgjort og beskrevet i VisInfoSyd, samt ved kommunens orientering af praksis og sygehuse.
4. Henviseren er forpligtet til at orientere sig om indholdet i kommunens aktuelle tilbud med henblik på at sikre sammenhæng i forløbet og at optimere patientinformationen.
5. Henvisningsmetoden er generisk, dvs. at den henvisende part beskriver patientens problemstilling og behov. Det er herefter op til vedkommende kommune at visitere borgeren til et konkret tilbud, evt. en visitationssamtale.
6. Henvisningen udløser altså en handlepligt for kommunen, men foregriber ikke kommunens visitationsmyndighed og selvstændige fastlæggelse af omfang og service i sine tilbud.
7. Henvisning foretages ved hjælp af en elektronisk blanket, der beskriver henvisningsårsag/problemstilling, hvilket behov tilbuddet skal rettes mod, øvrige relevante forhold vedr. patientens samlede forløb samt patientens motivation og egenomsorgskapacitet. For personer med kronisk sygdom indgår henvisningen i en samlet individuel behandlingsplan – Patientens Plan.
8. Henvisningsblanketten udleveres til patienten og kan med dennes samtykke tillige sendes direkte til kommunens visitation/kontaktadresse.
9. Når patienten har gennemført et kommunalt tilbud, skal den praktiserende læge med patientens samtykke orienteres om forløbet og opnået effekt.

Henvisningen skal foregå elektronisk jf. it-strategien for Region Syddanmark. Når den elektroniske kommunikation mellem sygehus og kommuner er fuldt udbygget vil henvisningen kunne sendes elektronisk under anvendelse af MedCom-standarder. I en overgangsperiode kan MedCom standarden Korrespondancemeddelelse anvendes.

2.3. Information til sundhedsprofessionelle om henvisningstilbud

VisInfoSyd er et informationssystem for social- og sundhedsfaglige aktører på tværs af sygehuse, praksissektor og kommuner. VisInfoSyd skal via kort, præcis, enkel, opdateret, komplet og let tilgængelig information understøtte det sammenhængende, tværsektorielle patientforløb.

På forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet skal VisInfoSyd være en fælles platform for information om forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. VisInfoSyd skal således indeholde informationer om tilbud inden for den borger- og patientrettede forebyggelse, information om sundhedscentre m.v. og således give den behandlende læge et overblik over hvilke tilbud den enkelte kommune efter modtagelsen af en henvisning har mulighed for at visitere til.

Kategoriseringen af informationerne vil være inddelt i de otte folkesygdomme, KRAM-faktorerne, stress, misbrug, rådgivning (kontaktperson) og andet. De konkrete forebyggelsesindsatser beskrives i forhold til indhold, målgruppe, henvisningskriterier, deltageromkostninger, tid og sted samt kontaktoplysninger.

Kommunerne er ansvarlige for:

- At udpege én kontaktperson som er ansvarlig for at fremsende informationer til Region Syddanmarks web-redaktør(er)
- At sikre en løbende opdatering af informationerne.

Den kommunale kontaktperson fremgår af de specifikke aftaler.

Region Syddanmark er ved Afdelingen for Kommunesamarbejde ansvarlig for:

- At forestå driften af VisInfoSyd,
- At varetage den indholdsmæssige vedligeholdelse og udvikling af systemet.

2.4. Information om tilbud til borgere/patienter

Den enkelte kommune tilrettelægger efter lokale forhold og prioriteringer en kommunikationsproces, der via forskellige typer af medier sikrer, at kommunens aktuelle patientrettede forebyggelsestilbud formidles til borgere/patienter, herunder borgere/patienter uden adgang til it-systemer. Informationer om konkrete indsatser skal bl.a. indeholde kontaktoplysninger i forhold til tilbuddet.

Der henvises til kommunespecifikke aftaler for konkret beskrivelse af den enkelte kommunes kommunikationsproces.

Sundhedsprofessionelle kan af informationerne i VisinfoSyd udskrive relevante dele til borgere og patienter.

2.5 Kapacitetstilpasning

I det lokale samordningsforum udpeges opbygningen af patientrettede forebyggelsestilbud inden for patientuddannelse med den rette kapacitet som et fælles udviklingsområde. Det skal sikres, at opbygningen sker med udgangspunkt i eksisterende faglig viden og evidens, samt lokale sundhedspolitikker og prioriteringer. I de lokale samordningsfora drøftes kapacitetstilpasningen og det samlede patientforløb ud fra parternes eksisterende tilbud.

Region Syddanmark harmoniserer på sygehusområdet i løbet af 2008 indholdet og omfanget af gruppebaserede sygdomsspecifikke patientuddannelsestilbud på hjerte-, diabetes- og KOL-området. Kommunerne stiller eksisterende tilbud til rådighed og tilrettelægger eventuelt nye indsatser på baggrund af lokale forhold og prioriteringer.

Krav 3: Udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelse
 Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

3.1. Dialog og koordinering af udvikling og kvalitetssikring

Dialogen om tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelse henlægges til de diagnosespecifikke koordineringsgrupper, der nedsættes i forbindelse med implementeringen af den tværsektorielle strategi "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark". Kommissorium, mandat og sammensætning af disse koordineringsgrupper godkendes af Sundhedskoordinationsudvalget. Der sikres endvidere en koordinering på tværs af diagnosegrupperne.

Koordineringsgrupperne vil i denne forbindelse bl.a. have til opgave:

- At lægge de overordnede rammer for kvalitetssikringen og således sikre, at der foretages en ensartet kvalitetsmåling i hele regionen.
- At beskrive udviklingsbehovet og give anbefalinger til konkrete udviklingstiltag på baggrund af den fælles kvalitetssikring af patientrettede forebyggelsesindsatser.
- At have en tæt kontakt til de lokale samordningsfora, hvor den løbende, konkrete dialog om udvikling og kvalitetssikring vil foregå.

3.2. Operationelt dialogforum

Region Syddanmark tilbyder og varetager netværk for kommunale koordinatører i Stanford patientuddannelseskonceptet Lær at leve med kronisk sygdom med henblik på erfaringsudveksling.

Inden for sundhedsaftalens tidsramme kan der opstå behov for etablering af lignende netværk inden for KRAM-indsatsområderne.

3.3. Region Syddanmarks tilbud om rådgivning til kommunerne

Region Syddanmark tilbyder kommunerne rådgivning i forhold til kommunernes samlede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats jf. Sundhedslovens § 119, stk. 3. Rådgivningsfunktionen varetages af Afdelingen for Kommunesamarbejde med inddragelse af relevante kompetencer fra sygehuse og almen praksis, specielt i spørgsmål om sygdomsspecifik behandling, pleje og rehabilitering.

Formålet med rådgivningen er at bidrage til:

- At formidle viden og understøtte processer i forhold til planlægning og organisering af forebyggelsesindsatsen samt sætte fokus på metodeudvikling. Region Syddanmark ønsker at bidrage til, at forebyggelsesindsatsen bl.a. bygger på evidens og inddrager kvalitetssikring.
- At formidle faglig viden i forhold til tilrettelæggelse af konkrete forebyggelsesindsatser og dermed bidrage til at opbygge en fælles faglig viden mellem kommuner og region på forebyggelsesområdet.

Tilbud om rådgivning udmøntes gennem forskellige tiltag:

- Afholdelse af temamøder med fokus på faglige emner og metoder.
- Etablering af et ekspertpanel af sygehusspecialister og specialepraksiskonsulenter til specialiseret rådgivning inden for den patientrettede forebyggelse, særligt i forbindelse med udviklingen af kommunale patientuddannelses tilbud til kronisk syge.
- Kommunespecifik konsulentbistand. Konsulentbistanden kan omfatte rådgivning om, hvordan kommunen kan planlægge, udarbejde og evaluere eksempelvis konkrete forebyggelsesindsatser og

handleplaner samt processer om sundhedspolitik. Konsulentbistanden kan også indeholde indholdsmæssig sparring og feedback på ovenstående.

- Etablering af en it-plattform for rådgivning med mulighed for fælles arbejdsfora.
- Kompetenceudvikling af kommunalt sundhedspersonale inden for forebyggelse og sundhedsfremme i form af eksempelvis kurser, "føl-ordning" på sygehuse m.m.
- Region Syddanmark udarbejder og fremsender uddybende informationsmateriale om rådgivningsfunktionen til kommunerne.

Krav 4: Koordination

Hvordan parterne sikrer, at indsatsen for patienter, med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse, koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom.

4.1. Behovsafklaring

Patientens behov for sygdomsspecifik patientrettet forebyggelse udredes af den behandlende lægefaglige ekspertise i almen praksis eller på sygehusene på baggrund af relevant faglig evidens, tilgængelig viden og bedste praksis.

Region Syddanmark – sygehuse og praktiserende læger - forpligter sig til:

- I forbindelse med henvisning til kommunale patientrettede forebyggelsestilbud at orientere sig om indholdet i kommunens aktuelle tilbud med henblik på at optimere patientinformationen og sikre sammenhæng i forløbene på tværs af sektorer.

Kommunerne forpligter sig til:

- At indgå i dialog om, og så vidt muligt understøtte regionens behovsvurdering for kommunale forebyggelsestilbud i forbindelse med sygdomsspecifik patientrettet forebyggelse (ex. rygestop, fysisk træning af KOL-patienter) og til at stille kommunens eksisterende tilbud til rådighed.
- At afdække behov i forhold til den generelle patientrettede forebyggelse, herunder også opfølgings- og fastholdelsesbehov med udgangspunkt i patientens hverdagsliv. Dette gøres eventuelt i samarbejde med almen praksis.

Generelt for den patientrettede forebyggelse gælder, at såvel regionens som kommunens personale skal være i stand til at give patienten specifik information om, hvor de kan henvende sig om råd og vejledning.

4.2. Udveksling af rettidig information

Ved overgangen mellem sektorer er både kommunerne og Region Syddanmark forpligtiget til gensidigt at informere rettidigt om indsatsbehovet og efterfølgende om patientens status efter forløbet, jf. beskrivelsen under krav 2 om henvisning.

Krav 5: Formidling

Hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

5.1. Identificering og tidlig opsporing af kronisk syge

Patientrettet forebyggelse handler ikke kun om at tilbyde relevante indsatser til patienter med en diagnosticeret sygdom. Det handler også om i kontakten med borgere at være opmærksom på risikofaktorer og symptomer på sygdom med henblik på sikre en tidlig opsporing og igangsættelse af relevante initiativer så tidligt i sygdomsforløbet som muligt.

Kommuner og region har derfor et fælles ansvar for i kontakten med borgere/patienter

- At identificere eventuelle kronisk syge og den enkeltes behov for patientrettet forebyggelsestilbud
- At formidle information om relevante og tilgængelige forebyggelsestilbud til borgeren/patienten med udgangspunkt i oplysninger på VisInfoSyd
- At forestå formidling af relevante patientinformationer til relevant aktør.

For regionen vil identificeringen omhandle tidlig opsporing, diagnosticering og opsporing af sygdomsudvikling.

For kommunerne vil opgaven primært være knyttet til identificering af symptomer samt udvikling og forandring i sygdomskompleksiteten.

5.2. Elektronisk kommunikation mellem fagpersoner

Under henvisning til pkt. 2.3 sikrer såvel kommune som region at beskrive information om patientrettede forebyggelsestilbud på det fælles informationssystem VisInfoSyd med hensyn til bl.a. formål, målgruppe, indhold, kontaktperson, betaling m.m. Etableringen og udvekslingen af informationer bygger i øvrigt på MedCom-standarder jf. it-strategien for Region Syddanmark.

5.3. Tilgængelighed for dialog og spørgsmål

Jfr. pkt. 2.4 tilrettelægger den enkelte kommune efter lokale forhold og prioriteringer en kommunikationsproces, der via forskellige typer af medier og personlig kontakt sikrer, at kommunens aktuelle patientrettede forebyggelsestilbud formidles til borgere/patienter, uanset hvilke ressourcer og muligheder de har. Informationer om konkrete indsatser skal bl.a. indeholde kontaktoplysninger i forhold til tilbuddet. Der henvises til kommunespecifikke aftaler for konkret beskrivelse af den enkelte kommunes kommunikationsproces.

Krav 6: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen.

6.1. Kvalitetsmonitorering af patientrettet forebyggelse

Arbejdet med at monitorere kvaliteten i den patientrettede forebyggelse skal koordinere monitoreringen af forebyggelse i kommunen, i almen praksis og i sygehusvæsenet. Tilbuddene til patienterne skal være evidensbaserede og monitoreringen skal tage udgangspunkt i det samlede patientforløb.

Monitoreringen skal derfor afdække

- Hvilke forebyggende initiativer er iværksat af henvisende læge (almen praksis og sygehus)
- Henvisningen til det kommunale tilbud
- Forløbet i den kommunale indsats
- Tilbage meldingen til henvisende læge
- Effekten af indsatsen på kort og på længere sigt.

Ansvar for udførelsen af monitoreringen er placeret hos de respektive kvalitetsorganisationer i henholdsvis almen praksis, sygehus og kommune. Kvalitetsorganisationerne afreporterer til de lokale samordningsfora og til de diagnosespecifikke koordineringsgrupper, der nedsættes i forbindelse med implementeringen af den tværsektorielle strategi "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark", jfr. pkt. 3.1.

Indikatorer for de enkelte standarder samt metoder til monitorering vil blive nærmere defineret i et samarbejde mellem de respektive myndigheders og institutioners kvalitetsorganisationer, idet der bør tilstræbes sammenhængende monitoreringsresultater. Denne monitorering vil især blive effektiv, når det bliver muligt at følge patientforløb på tværs af sektorerne.

Monitorering af krav 1: Arbejdsdeling

Ansvar for drøftelse af arbejdsdelingen foretages løbende i de lokale samordningsfora gennem opsamling af tvivlsspørgsmål, tvister og beslutninger vedr. fortolkning af arbejdsdelingen.

Kravet i udmøntningen af arbejdsdelingen mellem specialiseret sygdomsspecifik og generel sygdomsspecifik patientuddannelse monitoreres af de diagnosespecifikke koordineringsgrupper på kronikerområdet.

Monitorering af krav 2: Sammenhæng

Der udføres årligt en audit af det kvantitative og kvalitative indhold i udarbejdede henvisningsmeddelelser samt om der sendes en afslutningsmeddelelse til den praktiserende læge.

En gang årligt foretages en kontrol af om informationerne, nævnt under pkt. 2.3, er tilgængelige, opdaterede og fyldestgørende på www.visinfosyd.dk

Ansvar for opfølgningen herpå varetages af de lokale samordningsfora.

Monitorering af krav 3: Udvikling og kvalitetssikring

De diagnosespecifikke koordineringsgrupper på kronikerområdet monitorerer krav 3.

Koordineringsgrupperne har i denne forbindelse til opgave:

- At lægge de overordnede rammer for kvalitetssikringen og således sikre, at der foretages en ensartet kvalitetsmåling i hele regionen.
- At beskrive udviklingsbehovet og give anbefalinger til konkrete udviklingstiltag på baggrund af den fælles kvalitetssikring af patientrettede forebyggelsesindsatser.

- At have en tæt kontakt til de lokale samordningsfora, hvor den løbende, konkrete dialog om udvikling og kvalitetssikring vil foregå.

Monitorering af krav 4: Koordination

Kravet drøftes løbende og monitoreres af de lokale samordningsfora.

Monitorering af krav 5: Formidling

Angående information til borger/patient iværksættes patienttilfredshedsundersøgelser med fokus på kvalitet og sammenhæng i overgangene mellem sektorerne i patientforløbene. Som et element i denne inddrages oplevelsen af rettidig og relevant information. Sådanne undersøgelser kan indgå i de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser eller iværksættes som lokale undersøgelser.

6.2. Opfølgning på aftalen

Opfølgning på aftalen vedrørende krav 1 og 2 er som beskrevet delt mellem de lokale samordningsfora og de diagnosespecifikke koordineringsgrupper på kronikerområdet. Opfølgning foretages årligt.

Opfølgning på aftalen vedrørende krav 3 varetages af de diagnosespecifikke koordineringsgrupper på kronikerområdet og der sikres en opfølgning på tværs af diagnosegrupper.

Opfølgning vedrørende krav 4 og 5 foretages årligt af det lokale samordningsforum.

Såvel lokale samordningsfora som de diagnosespecifikke koordineringsgrupper på kronikerområdet afrapporterer årligt til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

**Grundaftale om indsatsen for mennesker med
sindslidelser**

15. juli 2008

Indledning

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet en *regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område*, som er indskrevet i nærværende sundhedsaftale. Med sundhedsaftalernes vedtagelse i kommuner og region er samarbejdsaftalen ligeledes tiltrådt.

Samarbejdsaftalen bygger på de tre nationale værdier i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser:

- Respekt
- Faglighed
- Ansvar

Ud fra de nationale værdier er udarbejdet en række præmisser for samarbejdet mellem regionen og kommunerne. Disse præmisser omhandler anvendelse af kontaktpersoner, koordinerende kontaktperson, gensidig information, information til mennesket med en sindslidelse, samarbejde med familie og netværk, medbestemmelse og rettigheder, tilgængelighed og tværfaglighed.

Samarbejdsaftalen er en overordnet aftale, der afstikker kursen for, hvordan der samarbejdes om mennesker med sindslidelser, og hvordan glidende overgange mellem systemerne sikres. På området for mennesker med samtidig sindslidelse og misbrug er der udarbejdet lokale samarbejdsaftaler med virkning fra nærværende sundhedsaftale. Det samme gør eller vil gøre sig gældende for andre relevante områder som fx børne- og ungeområdet og ældreområdet.

I sundhedsaftalen anvendes store dele af samarbejdsaftalen til at beskrive, hvordan regionen og kommunerne lever op til de 7 krav fra Sundhedsstyrelsen.

Der oprettes sideløbende med sundhedsaftalen en internetportal i regionens regi – Visinfo Syd – hvori samtlige regionale og kommunale behandlingstilbud, herunder målgruppe, tilbuddets indhold, visiterings-/henvisningsprocedure, kontaktmåde inkl. mailadresser og telefonnumre vil findes. I portalen vil der ligeledes være adgang til kontaktoplysninger på administrative kontakter i region og kommunen. Sociale tilbud – både regionale og kommunale – findes på www.tilbudsportalen.dk

Krav nr. 1 Arbejdsdeling

Aftalen skal beskrive den nærmere arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser, herunder på børne- og ungeområdet samt for mennesker med en kendt sindslidelse som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter).

Formål

I henhold til Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er formålet med sundhedsaftalen: "at bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med sindslidelser, der både har behov for et regionalt sundhedsvæsenstilbud og behov for kommunale tilbud."

Formålet med den psykiatriske sundhedsaftale er at sikre rammerne for samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark og kommunen.

1.1. Generel samarbejdsforpligtelse

Generelt ligger ansvaret for at behandle mennesker med en sindslidelse i regionerne sammen med ansvaret for den øvrige del af sundhedsvæsenet. Kommunerne har generelt hovedansvaret for misbrugsbehandlingen og for den sociale indsats for mennesker med en sindslidelse. Det er gældende medmindre andet aftales lokalt. Fundamentet for sundhedsaftalen mellem kommunen, Region Syddanmark og andre parter er, at alle gældende aftaler fortsætter, medmindre andet beskrives i sundhedsaftalen.

De gældende aftaler er nævnt i afsnit 1.10.

Når der i teksten står "psykiatrisk afdeling" er såvel sengeafsnit som ambulante og lokalpsykiatriske tilbud inkluderet i betegnelsen.

1.2. Opgaveansvar

I skemaet nedenfor er der angivet, hvilke myndigheder, der har hvilket ansvar i forhold til mennesket med en sindslidelse. Skemaet er tænkt til at give et hurtigt overblik over arbejdsdelingen og uddybes i teksten i dette afsnit.

Tabel 1: Skitseret opgaveansvar for voksne med en sindslidelse

Skitseret opgaveansvar	borger/familie/netværk	kommune	Praktiserende læge	privat praktiserende psykiater	Behandlingspsykiatri	Kriminalforsorgen
opsporing/symptomer	x	x	x			x
undersøgelse/afklaring		x	x	x	x	
diagnose			x	x	x	
rehabilitering	x	x	x	x	x ¹	x
behandling		x ²	x	x	x	x
sociale tilbud		x				x
Pleje	x	x			x ¹	
omsorg	x	x			x ¹	
støtte	x	x	x		x ¹	
opfølgning	x	x	x	x	x	

Note 1: i forbindelse med behandling

Note 2: i forbindelse med misbrugsbehandling

1.3. De regionale opgaver

Målgruppen for den regionale behandlingspsykiatri er mennesker med de mest alvorlige sindslidelser: f.eks. skizofreni og andre psykoser, alvorlige affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, komplicerede demenslidelser, alvorlige spiseforstyrrelser, oligofrenipsykiatri og specialiserede indsatser for traumatiserede flygtninge og for børn og unge: OCD, angsttilstande og gennemgribende udviklingsforstyrrelser³.

Behandlingen af alvorlige psykiske lidelser kan dog også foregå i praksissektoren. De almenpraktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger i psykiatri varetager den helt overvejende del af behandlingen af lettere psykiske lidelser.

Regionen sikrer og udfører opgaver vedrørende:

- Undersøgelse, observation, diagnostik, behandling og pleje af mennesker med sindslidelser.
- Observation, vurdering og handling i forhold til almentilstanden hos mennesket med en sindslidelse – herunder somatiske sygdomme.
- Koordinering af indsatsen i forhold til behandlingen, med henblik på en intern tværfaglig og tværsektoriel indsats i forhold til mennesket med en sindslidelse, f.eks. inddragelse af og samarbejde med praktiserende læge, kommunal sygeplejerske, m.v.
- Psykoedukation med henblik på sygdomserkendelse, sygdomsindsigt og mestring.
- Samarbejde med og information til familie og netværk om behandlingssituationen for mennesket med en sindslidelse i forhold til sygdommen, f.eks. gennem psykoedukation.
- Klarlæggelse af, på hvilken måde miljøet, som mennesket med en sindslidelse befinder sig i, kan påvirkes for at understøtte behandlingen af sindslidelsen.
- Børn, der har en nær relation til den sindslidende, og er opmærksom på, hvorvidt disse børn har brug for en særlig opmærksomhed. Børnene skal modtage en aldersvarende information fra afdelingen om den psykiske sygdom. Alle mennesker med en sindslidelse tilbydes en "spørg til børnene samtale". Kommunen informeres, hvis der er børn, der har behov for en særlig kommunal indsats eller støtte jf. offentligt ansattes underretningspligt i henhold til servicelovens samt jf. sundhedsaftalen (krav 5).

Regionen varetager endvidere:

- Opgaver vedrørende sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse samt rehabilitering.
 - Regionens opgaver i forhold til forebyggelse omfatter indsatsen i forbindelse med den regionale sygdomsbehandling og pleje.
- Rehabilitering af traumatiserede flygtninge.
 - Opgaven løftes i et tæt samarbejde med de kommunale myndigheder. Regionen varetager behandlingsindsatsen, mens kommunerne varetager den sociale indsats for de traumatiserede flygtninge.
- Det psykiatrifaglige samarbejde med praktiserende læger

Regionen har endvidere det overordnede ansvar for indsatsen, som ydes i praksissektoren.

Regionens opgaver inden for retspsykiatri omfatter:

- Mentalundersøgelse – ambulant eller under indlæggelse – udføres efter kendelse i henhold til retsplejeloven. Det samme gælder varetægtsfængsling i surrogat. Anbringelse på psykiatrisk sygehus eller behandling under indlæggelse i medfør af administrativ frihedsberøvelse efter overlægens beslutning sker i henhold til dom efter straffeloven
- Behandling af indsatte i arresthuse og fængsler, som skal indlægges men ikke i henhold til dom
- Behandling af sædelighedskriminelle

³ Det afgørende for en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien er, at tilstandens kompleksitet, sjældenhed og/eller sværhedsgrad gør en fortsat varetagelse udelukkende i primærsektoren uhensigtsmæssig.

1.4. De kommunale opgaver

Kommunerne varetager den socialfaglige og dele af den sundhedsfaglige indsats i forhold til mennesker med en sindslidelse (i henhold til sundhedsloven, serviceloven, aktivloven, beskæftigelsesindsatsloven, pensionsloven m.v.)

Kommunen er således ansvarlig for:

- At tilrettelægge en særlig rådgivningsindsats overfor mennesker med en sindslidelse samt at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til den del af gruppen, der må formodes ikke at henvende sig selv
- At yde en helhedsorienteret indsats afpasset den enkeltes behov, herunder forebygge, at problemerne for den enkelte forværres
- At tilbyde en individuelt tilrettelagt støtte til udvikling og vedligeholdelse af færdigheder, herunder støtte til at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v.
- At sikre mulighed for deltagelse i aktivitets- og samværstilbud samt beskæftigelse, herunder beskyttet beskæftigelse, uddannelses-, trænings- og fritidsaktiviteter, værestedstilbud, særlige socialpsykiatriske tilbud mv. samt bostøtte og kompenserende specialundervisning
- At etablere støtte- og kontaktpersonordning
- At sørge for botilbud, herunder specialiserede socialpsykiatriske botilbud, til personer, der ikke magter at bo i egen bolig. Opholdet kan være af midlertidig eller længerevarende karakter
- Opgaver udført af den kommunale hjemmepleje, herunder personlig pleje og praktisk bistand, sygepleje og hjælpemidler
- Sikre forsørgelsesgrundlag for mennesket med en sindslidelse,
- At rådgive om og behandle anmodninger om værgebeskikkelse
- At rådgive om og sikre aflastningstilbud og orlovsmuligheder for familie og netværk
- At varetage forebyggelse og rehabilitering, når mennesket med en sindslidelse er udskrevet

Kommunen varetager endvidere:

- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Information til mennesket med en sindslidelse og familie og netværk
- At tilbyde misbrugsbehandling

Region og kommune har mulighed for at aftale en anden opgavedeling. Herunder at regionen varetager driften af visse sociale tilbud og botilbud (jf. rammeaftalen).

1.5. Forebyggelse og rehabilitering

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem mennesket med en sindslidelse, pårørende og fagfolk. Formålet er, at mennesket med en sindslidelse, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabilitering baseres på hele livssituationen hos mennesket med en sindslidelse og dennes beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats⁴.

Ansvar for den patientrettede forebyggelse er delt mellem regioner, almen praksis og kommuner. Regionerne har ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse som foregår i tilknytning til patientbehandlingen i sygehusvæsenet og i almen praksis, mens kommunerne har ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke foregår i forbindelse med patientbehandlingen.

Der forudsættes derfor et stabilt og forpligtende samarbejde mellem Region Syddanmark, kommunen og praksissektoren.

⁴ MarselisborgCentret; 2004; Rehabiliteringsbegrebet i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet

Kommunen har ansvar for at forebygge, at eksisterende sygdom udvikler sig og sikre, at mennesket med en sindslidelse genvinder og bevarer sin funktionsevne bedst muligt.

Indsatsen med henblik på stabilisering og rehabilitering mv. indgår som en integreret del af indsatsen i sygehusvæsenet, jf. også tabel 1: skitseret opgaveansvar under afsnit 1.2. Det er også et væsentligt element i den opfølgende kommunale indsats. Der skal således sikres koordinerede overgange mellem den kommunale og den regionale indsats, som beskrevet i den regionale samarbejdsaftale på det psykiatriske område.

1.6. Mennesker med en sindslidelse og samtidig misbrug

For mennesker med en sindslidelse, som tillige har et misbrug af enten alkohol, hash eller andre euforiserende stoffer (dobbeltdiagnosticerede) gælder, at regionen og kommunerne har et **delt** behandlingsansvar. Behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark har ansvaret for den psykiatriske behandlingsindsats, mens kommunerne har ansvaret for behandlingen for alkoholmisbrug og den lægelige behandling for stofmisbrug. Det er derfor vigtigt, at der fastholdes et tæt samarbejde omkring målgruppen og det enkelte menneske med en sindslidelse og samtidigt misbrug.

Det er kommunerne, der har både myndighedsansvaret, forsyningsansvaret og finansieringsansvaret for at tilbyde vederlagsfri behandling for stof- og alkoholmisbrug. Kommunerne har både ansvaret for den lægelige og den sociale behandling på begge misbrugsområder. For begge typer misbrug er der behandlingsgaranti.

Voksne med en sindslidelse og samtidigt misbrug har mulighed for selv at henvende sig ved alkoholbehandling og har endvidere mulighed for at være anonym under behandlingen. Det er kommunerne, der varetager visitationen til stofbehandlingstilbud.

1.6.1. Samarbejde mellem region og kommuner vedr. sindslidende med misbrug

Den myndighed, der først får kontakt med mennesket med samtidig sindslidelse og misbrug er ansvarlig for sagen, og er kontaktperson for den pågældende og for evt. familie og netværk, indtil sagen er afleveret til og modtaget af en anden myndighed.

Den ansvarlige myndighed sikrer til enhver tid, efter aftale med mennesket med samtidig sindslidelse og misbrugsproblematik, at inddrage relevante samarbejdsparter i sagen.

Der skal i videst muligt omfang sikres overensstemmelse mellem behandlingsplanen for mennesket med en sindslidelse i psykiatrisk regi og handleplanerne i socialt regi. Koordinering finder sted gennem gensidig informationsudveksling og inddragelse.

De involverede parter har mulighed for at indkalde til koordineringsmøder, hvis det findes nødvendigt. Indkaldes der til koordineringsmøde er alle inviterede parter forpligtede til at deltage. Koordineringsmøderne kan evt. afholdes telefonisk.

I forbindelse med udarbejdelse af behandlings- og handleplaner skal den praktiserende læge som minimum orienteres om indholdet af planerne (den praktiserende læge indkaldes ikke til koordineringsmøde medmindre, der er et konkret ønske om dette fra mennesket med en sindslidelse eller den praktiserende læge selv) og gerne inddrages ved udformning af disse, således at den praktiserende læge er bekendt med planerne og kan støtte op om dem i sin kontakt med mennesket med en sindslidelse. Inddragelsen af den praktiserende læge kræver samtykke fra mennesket med en sindslidelse.

Hvor der er kriminalitet, er det også relevant at inddrage kriminalforsorgen.

I forhold til mennesker med en samtidig sindslidelse og misbrugsproblematik vil der være nogle, hvor det er svært umiddelbart at afgøre, hvorvidt der primært skal iværksættes en behandlingsindsats i psykiatrien eller i regi af misbrugsområdet. Der vil også være personer, der ligger på grænsen til at være behandlingskrævende.

Denne gruppe er et fælles regionalt og kommunalt ansvar. Det er vigtigt, at den instans, der har kontakten til den pågældende, tager kontakt til andre relevante myndigheder og indkalder til et samarbejds møde, hvor den fremtidige indsats kan fastlægges. Samarbejds mødet kan evt. afholdes telefonisk.

Den konkrete arbejdsdeling i forhold til målgruppen beskrives i lokale samarbejdsaftaler mellem behandlingsstederne. Der tilstræbes ensartethed i de lokale aftaler, jf. afsnit 1.10.

Falder pågældende uden for målgruppen for den regionale behandlingspsykiatri, er regionen fortsat forpligtet til at bidrage med råd og vejledning i forhold til den fremadrettede indsats, såfremt kommunen har behov for det.

1.7. Børn- og ungeområdet

Målet for samarbejdet på børn- og ungeområdet er at skabe et smidigt samarbejde til gavn for børnene, de unge og deres forældre. Det gøres ved at:

- Sikre så fyldestgørende henvisninger som muligt, således at kun børn og unge i den psykiatriske målgruppe henvises
- Sikre, at de kommunale myndigheder inddrages i relevante sager på rette tid
- Sikre, at der i eventuel ventetid på udredning og/eller behandling iværksættes initiativer til gavn for barnet, den unge og familien som helhed
- At dobbeltarbejde mindskes i form af tydelighed hos både afdelinger og kommuner omkring, hvad der er af behov for af dokumentation, undersøgelser m.m. hos den anden part inden et forløb kan iværksættes, fortsættes eller afsluttes.

Der er på overordnet plan nogle samarbejdsrelationer, der skal efterleves i samarbejdet omkring et barn eller et ungt menneske. Børne- og ungdomspsykiatrien skal, efter en konkret vurdering, underrette kommunen såfremt et barn/en ung har særlige behov. Dette bør ske skriftligt.

Kommunen er, efter en konkret vurdering af sagens karakter, forpligtet til at gennemføre en undersøgelse efter Servicelovens § 50 og herudfra udarbejde en helhedsorienteret handleplan.

Kommunen udarbejder og gennemfører handleplan og børne- og ungdomspsykiatrien kan medvirke, når dette er relevant. Handleplanen skal udarbejdes uden unødigt forsinkelse.

Børne- og ungdomspsykiatrien skal inddrage kommunen så tidligt som muligt, når det vurderes, at barnet/den unge har særlige behov - også selvom den psykiatriske udredning endnu ikke er færdig. Principielle forslag til foranstaltninger skal begrundes ud fra patientens diagnose, psykiatriske status og prognose med respekt for kommunens myndighedsansvar.

Det skal her understreges, at den kommunale udredning forud for henvisning til psykiatrisk behandling, er af stor betydning for en hurtig og smidig udredning i psykiatrien.

Kommunen kvitterer for modtagelsen af de modtagne informationer/anbefalinger. Forudsat forældrenes og den unges samtykke holder kommunen den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling orienteret om den sociale handleplan - herunder trufne afgørelser og iværksatte foranstaltninger. Under fortsat behandling i børne- og ungdomspsykiatrien skal kommunen orienteres løbende.

Disse samarbejdsrelationer skal beskrives yderligere i lokale samarbejdsaftaler.

Tabel 2: Skitseret opgaveansvar for børne- og unge med en sindslidelse

Skitseret opgaveansvar	Barn,ung/familie/netværk	Kommune	Praktiserende læge	Privat praktiserende psykiater	Behandlingspsykiatri
opsporing/symptomer	x	x	x		
undersøgelse/afklaring		x	x	x	x
diagnose			x	x	x
rehabilitering	x	x	x	x	x
behandling		x	x	x	x
sociale tilbud		x			
pleje	x	x			x ¹
omsorg	x	x			x ¹
støtte	x	x	x		x ¹
opfølgning	x	x	x	x	x

Note 1: i forbindelse med behandling

1.7.1. Overgangen fra ung til voksen

Kommunerne og Region Syddanmark er enige om, at der er behov for en særlig opmærksomhed fra både kommunerne og regionen på at sikre en god overgang for både børn og familie og netværk i overgangen fra ung til voksen. Overgangen fra ung til voksen betyder, at den unge og familien på grund af lovgivningen og den varierede organisering i kommunen og regionen får flere skift i tilbud, behandlere og kontaktpersoner.

Overgangen fra ung til voksen kommer til at indgå i den samarbejdsaftale på det børne- og ungdomspsykiatriske område, der fremgår af de specifikke aftaler.

I forhold til de unge på 18 -19 år inkl., der i den regionale psykiatri tilhører målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien, er det vigtigt at sætte særligt fokus på overgange og lave lokale aftaler.

1.8. Retspsykiatri

I relation til samarbejdspartnere skal det bemærkes, at for mennesker med sindslidelser, der er idømt en retslig foranstaltning, indgår også kriminalforsorgen med et ansvar for opgaveløsningen i de tilfælde, hvor der er tale om en behandlingsdom med tilsyn. Det er derfor et særligt indsatsområde, at samarbejdet mellem kommuner, region og kriminalforsorgen udbygges.

Region Syddanmark er indgået i et samarbejde med anklagemyndigheden i de tre politidirektørrområder i regionen. Samarbejdet skal sikre smidige sagsforløb og god kommunikation mellem parterne, særligt i forhold til surrogatfængslede og varetægtsfængslede med grænseoverskridende adfærd. Der vil fremadrettet blive afholdt et årligt møde til drøftelse af det videre samarbejde. De to statsadvokater inviteres med til møderne.

Samarbejdet mellem kommune, region og kriminalforsorg er særligt vigtigt i forhold til selvstændigt boende mennesker med en sindslidelse med en behandlingsdom. Der er typisk mange instanser involveret i denne indsats, hvorfor koordination af indsats og formidling af information mellem parterne er særlig vigtig. Der etableres derfor et samarbejdsforum, der indkaldes ved behov. I samarbejdsforumet deltager

repræsentanter for det lokale politi, retspsykiatrien, kommunen, evt. sociale tilbud og kriminalforsorgen. Alle parter kan indkalde til møde i samarbejdsforummet.

1.9. Samarbejde om patienter i gråzonen mellem kommunal og regional behandling

I forhold til mennesker med en sindslidelse vil der være nogle tilfælde, hvor det er svært umiddelbart at afgøre, hvorvidt der primært skal iværksættes en behandlingsindsats i psykiatrien i regionalt regi eller en social indsats i kommunalt regi. Der vil også være personer, der ligger på grænsen til at være behandlingskrævende.

Denne gruppe er et fælles regionalt og kommunalt ansvar. Det er vigtigt, at der etableres et samarbejde om mennesker med en sindslidelse, der ikke åbenlyst tilhører målgruppen for tilbud i enten det ene eller andet regi. Samarbejdet bør etableres lokalt.

I forhold til denne målgruppe, har den instans, der har kontakten til pågældende, ansvar for at tage kontakt til andre relevante myndigheder og indkalde til et samarbejds møde, hvor den fremtidige indsats kan fastlægges. Samarbejds mødet kan evt. afholdes telefonisk.

Krav nr. 2 Koordinering

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats, herunder fastlægger hvem, der i en given situation er ansvarlig for at tage et initiativ.

Koordinering er det gennemgående tema i de grundlæggende præmisser i den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område. Præmisserne består af kontaktpersoner, koordinerende kontaktperson og information både mellem region og kommune og til mennesket med en sindslidelse. I tillæg hertil beskriver udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelsen (bilag) hvem, der i en given situation er ansvarlig for at tage initiativ til handling.

2.1. Kontaktpersoner

For at sikre sammenhæng i forløbet for mennesket med en sindslidelse har Region Syddanmark og kommunen pligt til at udpege kontaktpersoner for alle patienter/brugere af sociale tilbud. Kontaktpersonerne skal fremgå af journal/handleplan og de skal være direkte involverede i forløbet for mennesket med en sindslidelse.

Kontaktpersonen skal sørge for at relevant information bliver videreformidlet og relevante parter inddraget.

2.2. Koordinerende kontaktperson

Er der mange instanser/myndigheder, der samarbejder med mennesket med en sindslidelse, kan der blandt kontaktpersonerne udpeges en koordinerende kontaktperson.

I hvert konkret tilfælde aftales det mellem de involverede parter, hvem der har den koordinerende rolle for den videre indsats. Retningslinier for den koordinerende kontaktperson kan fastsættes i lokale aftaler.

Den koordinerende kontaktperson fungerer som bindeled mellem de forskellige tilbud. Formålet med at udpege en koordinerende kontaktperson er at skabe kontinuitet og sammenhæng i forløbet. Koordinationen sker i samarbejde med mennesket med en sindslidelse.

2.3. Gensidig information

Observerer personale med kontakt til mennesket med en sindslidelse ændringer i dennes tilstand, der kræver handling fra andre instanser/myndigheder, har personalet i samarbejde med pågældende ansvar for at kontakte disse. Der tilstræbes et godt og gnidningsløst samarbejde mellem kommunen, Region Syddanmark, mennesket med en sindslidelse og praktiserende læge for at sikre en optimal indsats.

Den praktiserende læge har en vigtig position i forhold til behandling af mennesket med en sindslidelse, idet lægen er omdrejningspunkt i forhold til indlæggelse, medicinering mv. og altid skal kontaktes ved ændringer i den generelle helbredtstilstand hos mennesket med en sindslidelse, f.eks. i forbindelse med udskrivning.

2.4. Udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelse

I *bilaget* er det beskrevet, hvordan og hvornår de enkelte aktører er ansvarlige i forhold til igangsættelse og udførelse af både den sundhedsfaglige og socialt faglige indsats.

Der kan være behov for at etablere mødefora til koordinering af indsatsen for specielle målgrupper. Der indgås aftaler om dette lokalt.

Der henvises for de særlige målgrupper: sindslidende med misbrug, børne- og ungeområdet, retspsykiatri og gråzonepatienter i øvrigt til beskrivelserne vedrørende arbejdsfordeling i kapitel 1 (Krav 1).

Krav nr. 3 Information

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles til patienten og mellem sygehus, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra sygehus, og at parterne er let tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.

Den regionale samarbejdsaftale beskriver allerede i de grundlæggende præmisser for samarbejdet vigtigheden af, at der hele tiden kommunikeres både mellem de regionale instanser (psykiatri og praktiserende læger), mellem region og kommuner og mellem det offentlige system som helhed og mennesket med en sindslidelse.

Ligeledes er den udførlige udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelse (bilag) meget tydelig omkring informationsforpligtelsen i alle led og på alle stadier af et forløb.

3.1. Tilgængelighed for kontakter på psykiatrisk afdeling, i kommuner og i praksissektor

Region Syddanmark og kommunerne i regionen etablerer i samarbejde en netportal – VisInfo Syd - omfattende kontaktpersoner på psykiatriske afdelinger og i kommuner med telefonnumre, telefontider og anden central information. Regionen varetager driften af systemet og tilknytter en redaktør, jf. indledning til aftalen.

Psykiatriske afdelinger, kommuner og praksis er for hver deres område forpligtet til dag-til-dag opdatering af informationerne på portalen. Opfølgning på informationssystemets funktionalitet sker i de decentrale mødefora.

3.2. Udvikling af elektronisk kommunikation

Kommunerne i regionen og Region Syddanmark ønsker at kunne kommunikere elektronisk og har derfor igangsat et fælles kortlægningsarbejde, hvor kommunikationsflowet mellem de psykiatriske afdelinger, lokalpsykiatrien og kommunerne kortlægges, og de elektroniske kommunikationsmuligheder beskrives. Kortlægningsarbejdet og den deraf følgende strategi for udvikling og implementering forventes færdig inden udgangen af 2008.

På baggrund af dette kan konkrete implementeringsprojekter igangsættes. Regionen er tovholder for kortlægningsarbejdet.

3.3. Information til mennesket med en sindslidelse

Under indlæggelsesforløbet skal kontaktpersonen sørge for, at mennesket med en sindslidelse orienteres om sygdommen, behandlingsplanen og det videre forløb.

Herunder ligeledes om, hvilke muligheder, der efterfølgende er for at modtage hjælp fra afdelingen eller andre, herunder frivillige hjælpeorganisationer.

Mennesket med en sindslidelse skal ligeledes mundtligt og skriftligt informeres om, hvordan afdelingen og/eller andre relevante parter kan kontaktes, hvis der opstår spørgsmål efter endt behandling/ udskrivning. I videst muligt omfang gives familie og netværk en tilsvarende information.

Inddragelsen af familie og netværk sker naturligvis med samtykke fra mennesket med en sindslidelse.

3.4. Samarbejde med familie og netværk

Familie og netværk er en vigtig ressource i behandlingsforløbet og skal i videst muligt omfang informeres om og inddrages i et samarbejde omkring behandlingen.

Det er vigtigt at udvise imødekommenhed i kontakten med familie og netværk – også i de tilfælde, hvor der ikke er givet samtykke til videregivelse af oplysninger, hvor der i så fald vil blive orienteret på et generelt plan om behandlingsforløb og psykisk sygdom.

3.5. Medbestemmelse og rettigheder

Det er de individuelle behov hos mennesket med en sindslidelse, der er udgangspunktet for indsatsen; der skal være reelle valgmuligheder mellem fagligt relevante tilbud, og mennesket med en sindslidelse skal i videst muligt omfang inddrages i beslutninger om indsatsen. Mennesket med en sindslidelse skal med andre ord naturligvis inddrages som et ligeværdigt menneske i forhold til den psykiatriske indsats over for pågældende.

3.6. Generel informationsformidling

Kommunen, Region Syddanmark og praktiserende læger skal i videst muligt omfang, og under hensyntagen til den aktuelle situation hos mennesket med en sindslidelse, informere pågældende om, hvilke relevante behandlingsmæssige og sociale tilbud, der findes i og uden for eget regi.

3.7. Udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelse

Der er i samarbejdsaftalen for det psykiatriske område udarbejdet en udrednings-, rehabiliterings- og patientforløbsbeskrivelse. Beskrivelsen rummer alle faser fra opsporing af psykisk sygdom til en behandling er afsluttet herunder samarbejdskonference og varslingsregler. I beskrivelsen fremgår det ligeledes, hvordan informationsflowet skal være mellem de forskellige aktører, og hvem der tager initiativ til hvilke handlinger. *Beskrivelsen er vedlagt som bilag.*

Krav nr. 4 Tværsektoriel vurdering

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at der i forbindelse med udskrivning foretages en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patientens samlede behov sammen med patienten og relevante aktører, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

4.1. Tværsektoriel vurdering

Den regionale samarbejdsaftale for psykiatrien har i udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelsen et stort fokus på den tværsektorielle vurdering; for konkretisering jf. bilag, 1.2.

Allerede ved indkaldelsen til samarbejdskonference, som finder sted umiddelbart efter behandlingsopstart, er afdelingen forpligtet til at informere kommunen om eventuelle behov på sigt (i det omfang, det lader sig gøre på pågældende tidspunkt). Det sker med samtykke fra mennesket med en sindslidelse. Der er ligeledes i den løbende informationsdeling mellem parterne i beskrivelsen lagt vægt på, at alle er gensidigt forpligtede til at dele information. Det betyder også inddragelse af mennesket med en sindslidende. Hvad angår varsling, og dermed koordinering af udskrivningstidspunkt er dette i samarbejdsaftalen underlagt samme krav om løbende informationsudveksling. Se bilaget for yderligere uddybning, især 1.3.3, pkt. 10: under behandlingsforløb og afslutning af behandlingsforløb.

Psykiatrisk afdeling har under behandlingen ansvaret for at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde ved at kontakte relevante parter.

Under hele forløbet er det væsentligt at inddrage og informere mennesket med en sindslidelse og, med pågældendes samtykke, familie og netværk om, hvilke tiltag, der iværksættes.

4.2. Afsluttet behandling

Ved afslutning af behandlingsforløb skal det behandlende personale kontakte relevante parter med henblik på koordinering af den eventuelle opfølgende indsats.

Mennesket med en sindslidelse og evt. familie og netværk inddrages i processen.

Bilaget beskriver udførligt, hvordan og hvornår der kommunikeres med hvem, og hvem der har ansvar for hvilke dele af koordineringen.

4.3. Forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser

For at forhindre uhensigtsmæssige genindlæggelser skal parterne være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af gentagne indlæggelser.

Ses der et sådant mønster skal parterne i samarbejde undersøge, hvad der kan gøres i det enkelte tilfælde for at bryde mønstret.

Samtidig skal det undersøges, om man kan generalisere ud fra det konkrete tilfælde, og dermed forhindre gentagne indlæggelser i andre tilfælde.

På baggrund af de konkrete patientforløb skal der således i fællesskab foregå en mønsteropsamling med henblik på en generel forebyggende indsats.

Forebyggelse af u hensigtsmæssige genindlæggelser er endvidere et fast punkt på dagsordenen i de decentrale mødefora (se krav 7).

4.4. Færdigbehandling

I forhold til færdigbehandling og dermed udskrivning, er det den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, hvornår et menneske med sindslidelse er færdigbehandlet.

For en definition af færdigbehandling henvises der til den vedtagne fælles definition i sundhedsaftalerne i Region Syddanmark, hvor færdigbehandlingstidspunktet afgøres således:

”Når patientens tilstand er stationær, og yderligere forbedringer af tilstanden ikke kan forventes ved fortsat sygehusbehandling, er patienten færdigbehandlet. Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet. Afgørelser heraf foretages af lægen på det pågældende sygehus”.

Såfremt mennesket med en sindslidelse skal modtage et kommunalt tilbud efter endt behandling, skal kommunen varsles om færdigbehandlingstidspunktet så snart det behandlende personale har en formodning om, hvornår dette er. Ændres det forventede færdigbehandlingstidspunkt skal kommunen ligeledes orienteres.

Såfremt kommunen ikke kan modtage mennesket med en sindslidelse ved færdigbehandlingstidspunktet, træder bestemmelserne om betaling for færdigbehandlede patienter i kraft.

4.5. Varsling

Det behandlende personale skal varsle kommunen så tidligt som muligt før planlagt afslutning af behandling, såfremt der skal iværksættes en kommunal indsats efter udskrivningen.

Kommunen varsles senest 3 hverdage før færdigbehandlingsdagen i almindelig dagarbejdstid, dvs. hverdag mellem kl. 7 og 15.

Der kan mellem den enkelte kommune og det enkelte sygehus aftales nærmere, inden for hvilket tidsrum varslingen skal ske, ligesom det også kan aftales til hvem varslingen skal gives.

Krav nr. 5 Indsatsen for børn i familie med et menneske med en sindslidelse

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer, at der foretages en vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse, samt at ansvaret for varetagelse af disse behov fastlægges.

5.1. Information til familien samt vurdering af behov for indsats

Samarbejdsaftalen fastslår både afdelingernes og kommunens ansvar i forhold børn i familie med et menneske med en sindslidende. Regionens opgave – i form af de psykiatriske afdelinger – er at foranstalte, at børn modtager en alderssvarende information om den psykiske sygdom. Desuden skal alle mennesker med sindslidelse tilbydes en "spørg til børnene"-samtale.

Regionen har som kvalitets- og servicemål forpligtet sig på, at sindslidende med pårørende under 18 år bliver tilbudt en familiesamtale, hvor der som minimum skal drøftes følgende emner:

- Hvordan familien klarer situationen
- Gøre det klart, at det ikke er nogens skyld, at forælderen er psykisk syg
- At børn ikke kan gøre deres forældre psykisk syge eller raske
- Hvem barnet kan tale med, når det er svært derhjemme
- Information om diagnosen og symptomerne tilpasset barnets alder
- Behov for yderligere støtte

Afdelingen er ligeledes forpligtet til at inddrage kommunen, hvis der er børn, der har behov for en særlig kommunal indsats eller støtte.

Kommunens forpligtelse hviler på en sikring af en vurdering af behov for særlig indsats over for børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse. De skal med andre ord handle ud fra afdelingens oplysninger og har dermed initiativforpligtelsen.

5.2. Aftale om indsatsen for børn i familie med et menneske med en sindslidelse

Formålet med aftale om indsatsen for børn og unge i familie med en menneske med en sindslidelse er at opnå en kvalificeret og tværsektoriel indsats i forhold til børn under 18 år i familie med et menneske med en sindslidelse.

Aftalen gælder for såvel voksen-, som børne- og ungdomspsykiatrien.

Det vil sige både, hvis der er tale om børn af en forælder med en sindslidelse, og hvis der er tale om søskende under 18 år til et menneske med en sindslidelse.

Indsatsen er rettet mod alle berørte børn i familien – dvs. børn i den "udvidede" familie: biologiske, samboende, tidligere samboende mv. børn/søskende, hvis det vurderes, at der er behov for indsats for disse.

Som udgangspunkt er alle involverede parter, på ethvert tidspunkt i forbindelse med indsatsen i forhold til mennesker med en sindslidelse, forpligtet til at:

- undersøge om der er børn i familien
- vurdere, om der brug for en særlig indsats overfor disse børn
- foretage den nødvendige formidling af oplysninger, når hjælp vurderes at være nødvendig.

Det er vigtigt, blandt andet ud fra et forebyggelsesperspektiv, at børn, der vokser op i en familie, hvor der er et menneske med en sindslidende, får en barndom med omsorg, social kontakt og udviklingsmuligheder. Tilsvarende er det vigtigt ud fra et behandlingsperspektiv, at den psykiatriske behandling og støtte tager udgangspunkt i den samlede situation for mennesket med en sindslidelse og i relevant omfang medinddrager forholdene omkring eventuelle børn med henblik på at understøtte forældrerelationen og sikre hjælp og støtte til barnet, hvis der er behov herfor.

Professionelle behandlere og støttepersonale har pligt til at handle, hvis de bliver bekendt med, at et barn har behov for hjælp.

5.3. Underretningspligt

Ifølge lov om social service § 153 stk.1 skal personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, underrette kommunen, hvis de under udøvelse af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte.

Det vil sige, at såvel personalet i psykiatrisk afdeling (sengeafsnit og lokalpsykiatriske centre), praktiserende læge som personale i kommunens forvaltninger, sociale tilbud, skoler mv. har en skærpet underretningspligt. Underretningspligten står altid over de almindelige regler om tavshedspligt for sundhedspersoner.

Af hensyn til behandlingsalliancen med mennesket med en sindslidelse bør der dog i videst muligt omfang indhentes samtykke hertil, inden kommunen underrettes.

Ved underretning skal den underrettende person altid henvende sig til den relevante myndighed i kommunen.

5.4. De regionale opgaver

Egen læge er ansvarlig for:

- Ved kontakt med/behandling af en person med en sindslidelse, at undersøge hvorvidt der i familien er børn, der kan have behov for støtte og reagere på det ved at underrette kommunen.

Psykiatrisk afdeling er ansvarlig for:

- Behandling af mennesket med en sindslidelse. Herunder evt. at etablere psykoedukative tiltag i forhold til familie og netværk, herunder også børnene.
- Afdækning af patientens familiære situation, herunder vurdering af om der er børn i familien, der har behov for støtte, samt sikre at disse oplysninger registreres og videreformidles i nødvendigt omfang.
- At underrette kommunen, når der er et barn/børn i familien, der formodes at have behov for særlig støtte.
- At være særlig opmærksom på problemstillingen ved akutte indlæggelser, så det sikres, at det ikke er et barn, der står alene med ansvar for hjemmet under den voksnes fravær.
- Ved gravide sindslidende at sikre, at både den gravides og det ufødte barns behov for hjælp og støtte undersøges.
- At tilbyde information om mulighederne for yderligere hjælp både til mennesker med en sindslidelse og deres børn/søskende.
- At børn føler sig velkomne til at komme på besøg på psykiatrisk afdeling. Personalet skal medvirke til, at der i den forbindelse tages de fornødne hensyn til børnene – herunder at de følger op på begivenheder, som vurderes at kunne give anledning til bekymring og angst hos barnet.

Regionen er endvidere ansvarlig for:

- At beskrive de familiestøttilbud og henvendelsesmuligheder, der findes for barnet/familien i regionalt regi.
- At sørge for, at der findes tilgængelig information om tilbuddene.

- At holde kommunen opdateret i forhold til disse tilbud.

5.5. De kommunale opgaver

- At sikre interne procedurer, som indebærer, at de kommunale ansatte i forvaltninger og på institutioner, skoler, fritidstilbud mv. samt i hjemmeplejen og i kommunens særlige socialpsykiatriske tilbud for mennesker med en sindslidelse mv. har fokus på udsatte børn.
- At der er en klar beskrivelse af, hvor ansvaret for at varetage forskellige former for indsats i forhold til børn er placeret – herunder pligten til at behandle underretninger og iværksætte akutindsats.
- At sikre at væsentlige oplysninger om børn, som vurderes at have behov for hjælp, eller hvor der er bekymring for, at børnene senere vil kunne få behov for hjælp, registreres.
- At iværksætte en undersøgelse af barnets konkrete behov for støtte.
- At yde rådgivning til sindslidende forældre og deres børn, som henvender sig om hjælp og evt. tilbyde denne rådgivning ved opsøgende arbejde.
- At iværksætte støtte eller andre tiltag, der skønnes nødvendige, både på kort og lang sigt, hvis et barn vurderes at have behov for det, eller med forebyggende sigte.
- At iværksætte akut hjælp, hvis forholdene tilsiger dette.
- At der i tilfælde af graviditet vurderes, om der kan være behov for særlig rådgivning til den sindslidende og dennes nærmeste familie med henblik på at afklare, om den gravide og det ufødte barn har behov for hjælp og støtte.
- At sikre, at børnenes forhold og aktuelle situation efter behov tages op i forbindelse med en eventuel social handlingsplan.

Kommunen er endvidere ansvarlig for:

- At beskrive de familiestøttetilbud og henvendelsesmuligheder, der findes for barnet/familien i kommunalt regi.
- At sørge for, at der findes tilgængelig information om tilbuddene.
- At holde regionen opdateret i forhold til disse tilbud.

Andre aftaler om ansvarsfordeling kan indgås lokalt.

5.6. Samarbejde i øvrigt

Hvor der ikke foreligger behov for underretning, men hvor den psykiatriske afdeling eller praktiserende læge vurderer, at barnet kunne have behov for støtteforanstaltninger, etablerer psykiatrisk afdeling eller egen læge efter aftale med forældremyndighedsindehaveren, kontakt til kommunen med henblik på dette.

I disse tilfælde kan der ske henvendelse direkte til:

- sundhedsplejerske
- PPR
- skolelærer
- daginstitutioner
- socialpsykiatri

Psykiatrisk afdeling kan efter aftale med forældremyndighedsindehaveren alternativt indkalde kommunen til et samarbejds møde.

Hvor der findes behov for samarbejde med psykiatrisk afdeling om indsatsen for barnet, tager kommunen efter aftale med forældremyndighedsindehaveren kontakt til psykiatrisk afdeling eller indkalder til samarbejds møde.

Såfremt kommunen efter en undersøgelse beslutter at henlægge sagen, underrettes samarbejdspartnere efter aftale med familien.

5.7. Udviklingsopgaver

- At sikre at alle parter med kontakt til mennesker med en sindslidelse er aktivt opsøgende og giver en alderssvarende information til børnene, der omtaler de tilbud og problemstillinger, deres forældre eller søskende er omfattet af.
- At sikre, at der etableres gode vilkår og fysiske rammer i tilbuddet for børnenes kontakt med deres forældre eller søskende.

Krav nr. 6 Koordinering af kapacitet

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.

6.1. Udbygning af tilbud

Region Syddanmark og kommunerne i regionen skal i fællesskab se på, om der er målgrupper, hvor der er behov for at udvikle tilbud enten kvantitativt eller kvalitativt. Arbejdet med denne indsats koordineres i de decentrale mødefora.

Hvis kommune eller region identificerer et behov for tilbud til en særlig målgruppe, kan der etableres en arbejdsgruppe, som kortlægger behovet.

På baggrund af dette, er der mulighed for at indgå en aftale mellem den enkelte kommune og regionen om at udbygge tilbud for konkrete grupper. Arbejdet koordineres med arbejdet omkring rammeaftalen jf. Serviceloven.

6.2. Koordinering af kapacitet

Koordinering af kapacitet varetages umiddelbart i de decentrale mødefora (Se også krav 7 i nærværende aftale).

Parterne er gensidig forpligtede til at holde hinanden orienterede om ændringer i kapacitet eller tilbudsprofil, der kan påvirke efterspørgslen af samarbejdspartens tilbud.

Heri skal også indtænkes ændringer som følge af rammeaftalen.

Løbende overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet er en kerneopgave i samarbejdet mellem den enkelte psykiatriske afdeling og de kommuner, den betjener og dagsordensættes med faste intervaller i de decentrale mødefora på hovedfunktions- og kommuneniveau (jf. afsnit 7.4).

I samme forbindelse udveksles også nærmere informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.

Samarbejde om patientforløb kan også indgå i møder på kommuneniveau.

Kapacitetsspørgsmål af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommuner og Region Syddanmark inddrager og orienterer hinanden gensidigt. Planforslag forelægges Sundhedskoordinationsudvalget til høring.

Det skal endvidere indgå i overvejelserne om kapacitets- og kvalitetsstyring, om indsatsen på området kan styrkes af udadgående specialistfunktioner fra psykiatrisk afdeling med henblik på udredning og behandling af borgere i eget hjem, evt. med mulighed for it- og telemedicinsk støtte heraf.

Krav nr. 7 Opfølgning

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

7.1. Kvalitetsovervågning

I kvalitetsovervågningen bør indgå registrering af utilsigtede hændelser, indikatorovervågning, tilfredshedsundersøgelser og tværsektorielle audits i såvel den kommunale som den regionale psykiatri.

Kvalitetsovervågningen vil i regionalt regi følge de nationale standarder i den danske kvalitetsmodel og i forhold til det Nationale Indikator Projekt (NIP). I kommunalt regi forestår der endnu udviklingsarbejde på området for kvalitetsovervågning.

Driftsopfølgning og –optimering på grundlag af kvalitetssikringen varetages i de decentrale mødefora (se afsnit 7.4).

En væsentlig opgave for de decentrale mødefora bliver at håndtere de løbende udfordringer i samarbejdet som følge af dynamikken i sundhedsvæsenet.

De decentrale mødefora skal behandle:

- Opfølgning på sundhedsaftalen
- Vidensdeling, herunder sikre faglig og praktisk vidensudveksling og gensidig feed-back
- Drøftelse af status og eventuelle problemstillinger i det generelle samarbejde
- Drøftelse af snitflader i forhold til misbrugsbehandlingen
- Drøftelse af snitflader mellem behandlings- og socialpsykiatri
- Økonomiske konsekvenser af aftalen og ændringer i tilbud
- Indgåelse af fælles udviklingsprojekter
- Aftale om klageadgang.

De eksisterende tiltag for kvalitetssikring og opfølgning på tværs af sektorernes vil fortsætte, indtil andet er beskrevet.

7.2. Fælles udviklingsprojekter

Kommuner og region har en fælles interesse i at undersøge, hvordan vi fremover bedst muligt drager nytte af hinandens specialviden. Der er både i regionen og kommunerne områder, hvor man har en meget specialiseret viden om specifikke problemstillinger.

Det skal undersøges, hvilke områder, der kan være tale om, og hvorvidt denne viden skal omsættes til praksis på alle områder, eller der med fordel kan være lokale variationer i tilbuddenes art og tilrettelæggelse.

Med udgangspunkt i den regionale samarbejdsaftale for psykiatrien vil der blive igangsat målgruppespecifikke samarbejdsaftaler på områderne for traumatiserede flygtninge, ældre- og børn- og ungeområdet samt udviklingshæmmede med en sindslidelse. Dette fremgår af de specifikke aftaler.

7.3. Mødefora

Udgangspunktet for organiseringen af samarbejdet mellem Region Syddanmark og kommunen er baseret på lokale aftaler om mødefora på hovedfunktions- og kommuneniveau.

Som supplement til de dér beskrevne mødefora, kan der afholdes kommunemøder, hvor enkeltkommuner eller grupper af kommuner mødes med regionen til drøftelse af specifikke problemstillinger eller med henblik

på indgåelse af lokale samarbejds- eller udviklingsaftaler. Møderne kan ligeledes afholdes med henblik på drøftelse af enkeltsager af mere principiel karakter. Mødedeltagerne vil være bestemt af den aktuelle årsag til mødet.

Der kan ligeledes opbygges samarbejdsfora på målgruppespecifikt niveau mellem den enkelte psykiatriske afdeling og kommune, f.eks. på børne- og ungeområdet.

På sagsbehandlerniveau vil der ligeledes blive afholdt møder efter behov. Deltagerne i mødet er kommunale og regionale sagsbehandlere. Brugere og familie og netværk inddrages, hvor der er behov herfor (og altid ved udskrivningsmøder).

Formålet med møderne er at koordinere indsatsen for borgeren og sikre sammenhæng i behandlingsforløbet. Møderne afholdes efter behov og altid når en ny borger udskrives til socialpsykiatrisk støtte i kommunalt regi. Møderne kan evt. afholdes telefonisk.