

## Sundhedsaftalerne 2008 kort fortalt

Regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser skal indgå sundhedsaftaler om samarbejdet på sundhedsområdet. Sundhedsaftaler danner rammer for et formaliseret, forpligtende samarbejde mellem region og kommune. Aftalerne skal sikre sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner. Og de skal desuden bidrage til at sikre en ensartet kvalitet i sundhedsydelse for borgerne.

En sundhedsaftale består af grundaftaler, som er fælles for alle kommuner samt en række specifikke aftaler indgået mellem den enkelte kommune og det enkelte sygehus.

Denne pjece er en resumé-version af sundhedsaftalerne i Region Syddanmark med fokus på principielle temaer. De enkelte afsnit består først af en sammenfatning af grundaftalen og afsluttes med eksempler på specifikke aftalepunkter.

Grundaftalerne omhandler seks obligatoriske indsatsområder:

- Udskrivningsforløb for svage ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Genoptræning
- Hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme samt
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Hertil kommer grundaftalen om tværgående emner, som omfatter temaerne:

- Samarbejdsstruktur
- Dokumentation af aktivitet
- Indsatsen for personer med kronisk sygdom samt
- Tværsektoriel digital sundhedskommunikation.

Sundhedsaftalerne er udarbejdet i et samarbejde mellem region og kommuner. Arbejdet er bl.a. sket i arbejdsgrupper og gennem bilaterale møder på både administrativt og politisk niveau. Sundhedsaftalerne sendes til politisk godkendelse i regionsråd og kommunalbestyrelser i sensommeren og indsendes endelig til Sundhedsstyrelsen til godkendelse den 1. oktober 2008.

Sundhedsaftalerne for de 22 kommuner kan fra midten af august 2008 findes på Region Syddanmarks hjemmeside: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm227287>

## **Grundaftalen om tværgående emner**

### ***Samarbejdsstruktur på sundhedsområdet i Region Syddanmark***

Et konstruktivt samarbejde mellem region og kommuner er helt afgørende, hvis sundhedsaftalernes ambitioner om sammenhængende patientforløb skal løses. Der er etableret en permanent samarbejdsstruktur på tværs af kommuner, region og praksissektor til bl.a. at sikre dialog, samarbejde og sammenhængende patientforløb.

Det lokale samarbejde sker i de lokale samordningsfora, som er geografisk knyttet til henholdsvis sygehusenheder og psykiatriske driftsenheder. De lokale samordningsfora spiller en stor rolle i både gennemførelsen og opfølgning af sundhedsaftalerne. Der er bl.a. her, der sker koordinering af sammenhængende patientforløb, implementering af ny regional samarbejdsaftale og kronikerstrategi m.v.

Det regionale samarbejde på tværs af alle 22 kommuner, almen praksis og region koordineres politisk i Sundhedskoordinationsudvalget.

Der er etableret en fælles praksiskonsulentordning i regionen for bl.a. at understøtte arbejdet med tværsektorielle patientforløb. Ansættelsen af praksiskonsulenter i kommunerne skal skabe brobygning mellem kommuner og almen praksis og sygehuse.

Sundhedsaftalerne træder i kraft den 1. januar 2009 og gælder indtil udgangen af 2010. Evt. ændringer skal – afhængig af ændringernes karakter - godkendes af regionsråd og kommunalbestyrelser og evt. Sundhedskoordinationsudvalget.

#### *Specifikke aftaler*

I de specifikke aftaler beskrives bl.a. organiseringen af samarbejdet lokalt (lokale samordningsfora), herunder etableringen af evt. underarbejdsgrupper på eksempelvis hjælpemiddel- og genoptræningsområdet.

#### ***Dokumentation af aktivitet***

For at sikre den bedst mulige planlægning af sundhedsområdet stiller såvel region som kommuner – i det omfang det lader sig gøre – data til rådighed for hinanden. Den primære kilde for aktivitetsdata er det kommunale E-sundhed, som stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen. Herudover stiller regionen supplerende data til rådighed i et såkaldt kommunalt vindue på regionens hjemmeside.

Regionen udarbejder løbende en status på afregning af den kommunale medfinansiering og orienterer kommunerne, hvis der opstår særlige problemer, der påvirker den kommunale medfinansiering.

#### *Kommunekonsekvensvurderinger*

Når sygehusene foretager strukturændringer, organisationstilpasninger, introduktion af nye behandlingstilbud m.v., kan det have konsekvenser for de kommuner, som sygehuset samarbejder med. For at sikre den bedst mulige kapacitetsplanlægning i kommunerne udarbejder regionen derfor i samarbejde med kommunen en vurdering af de sandsynlige konsekvenser. Tilsvarende sker, hvis kommunerne planlægger projekter med konsekvens for et eller flere af regionens sygehuse.

#### *VisInfoSyd*

For at understøtte sundhedsaftalerne ved at sikre relevant og opdateret information om sundhedstilbud etableres informationssystemet VisInfoSyd. Her vil det eksempelvis fremgå, hvilke tilbud om sund livsstil og genoptræning, som kommunerne tilbyder. VisInfoSyd er en platform for sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer og forventes at bidrage til mere sammenhæng i patientforløb. VisInfoSyd blev sat i drift i foråret 2008.

#### *Specifikke aftaler*

I de specifikke aftaler beskrives bl.a. lokale tiltag i form af eksempelvis samarbejde om analysearbejde vedr. fælles ressourcudnyttelse og opgaver for evt. lokalt nedsatte økonomigrupper.

## **Indsatsen for personer med kronisk sygdom**

Hver tredje dansker lever med en kronisk sygdom, og kroniske sygdomme er i de kommende år en af de største sundhedsmæssige udfordringer.

### *Fælles kommunal-regional strategi for kronisk sygdom*

Strategien "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" er det fælles afsæt for arbejdet med kronisk sygdom i region og kommuner og består af 21 konkrete initiativer. Strategiens målsætninger er bl.a., at kommuner, sygehuse og almen praksis gennem nytænkning og reorganisering skal sætte fokus på tidlig opsporing, patientens medvirken i egen behandling, forebyggelse m.v. og dermed imødekomme det stigende pres på sundhedsvæsenet. Derudover skal strategien bidrage til, at livskvaliteten for personer med kronisk sygdom forbedres, og at patientforløb bliver mere sammenhængende.

Gennemførelsen af strategiens initiativer vil strække sig over en årrække og vil ske i takt med, at region og kommuner finder de nødvendige ressourcer lokalt. I dag bruges allerede mange ressourcer på at behandle personer med kroniske sygdomme – ressourcer, der vil være bedre anvendt ved en tidligere eller forebyggende indsats. For at understøtte at implementeringen koordineres i kommuner, på sygehuse og i almen praksis, foreslås det i strategien, at der nedsættes fire sygdomsspecifikke grupper inden for kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), hjerte-kar, diabetes og muskel-skelet.

### *Rette behandling til alle patienter*

Patienter har forskellige behov for behandling og støtte. Stratificering – eller gruppering – er et dynamisk redskab til at sikre patienter rette behandling, pleje, rehabilitering m.v. Indplaceringen er dels afhængig af sygdommens kompleksitet, dels patientens egenomsorgsevne, dvs. patientens evne til at håndtere og forstå symptomer, behandling, og hvad der ellers følger med at leve med en kronisk sygdom. Det resulterer i fire patientkategorier som vist i figuren nedenfor.

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

Ansvar for stratificering ligger som hovedregel hos patientens egen læge.

Både sygdommens kompleksitet og egenomsorgsevnen kan ændre sig over tid, så derfor bør stratificeringen tages op til vurdering mindst én gang årligt.

### *Arbejdsdeling*

Som et led i strategien lægges der op til, at praktiserende læge fungerer som tovholder i behandlingsforløbet for personer med kronisk sygdom. For at imødekomme presset på de praktiserende læger skal de i øget omfang kunne trække på og uddelegere opgaver til praksispersonale og hente speciallægebistand fra sygehuse. På den måde kan en række indlæggelser eller ambulante besøg forhåbentlig undgås.

Kommunen tilbyder støtte, pleje og patientuddannelse og stiller sundhedstilbud til rådighed for borgerne. Derudover varetager kommunen en særlig koordinatorfunktion for patienter med ringe egenomsorgsevne.

Sygehusene står den for specialiserede behandling og yder rådgivning til praktiserende læger. Derudover tilbyder sygehusene specialiseret sygdomsspecifik patientundervisning.

"Patientens Plan", der udarbejdes af lægen sammen med patienten, introduceres som et nyt centralt redskab i samarbejdet mellem almen praksis, kommune og sygehus. Planen er en udvidet behandlingsplan, der indeholder mål for indsatsen, hovedpunkter i behandlingen, henvisning til evt. kommunale ydelser m.v.

#### *Kvalitet*

For at sikre fokus på kvaliteten i arbejdet anbefales det, at målingen af kvalitet sættes i gang sammen med udrulningen af strategien.

#### *Specifikke aftaler*

I de specifikke aftaler beskrives, hvordan der lokalt arbejdes med strategien for kronisk sygdom. Det drejer sig om initiativer som eksempelvis forløbskoordinatorer, koordinationsteams for kronikere samt tværsektorielle rehabiliteringsteams. Nogle kommuner og sygehuse beskriver endvidere deres tilbud til personer med kronisk sygdom i form af bl.a. patientuddannelses tilbud.

#### ***It-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation mellem kommuner, almen praksis og sygehuse***

Ambitionen for den tværsektorielle sundhedskommunikation er en elektronisk sammenkobling af sygehuse, praksissektor og kommunerne i regionen.

Region Syddanmark og regionens kommuner vedtog i foråret 2007 en strategi for it-understøttelse af sundhedsaftalerne og det tværsektorielle samarbejde. Den meddelelsesbaserede kommunikation (den mest basale kommunikationsform, hvor den ene behandler giver information og behandlingsansvar videre til en anden behandler) mellem sygehuse og kommuner er udpeget som det vigtigste indsatsområde. Der er sat to projekter i gang for samtlige sygehuse og kommuner. Dels et projekt om elektronisk kommunikation mellem sygehuse og hjemmeplejen. Dels et projekt om elektroniske genoptræningsplaner. Begge projekter forventes afsluttet ved årsskiftet 2009-2010. Derudover er der for de sygehuse og kommuner, som har ønsket det, sat et projekt i gang om tværsektorielt samarbejde om fødsler.

Endelig arbejdes der med en række telemedicinske projekter – bl.a. sårbehandling og AK-behandling (blodfortyndende behandling). Fordelene ved telemedicin er, at ambulante besøg og indlæggelser i nogle tilfælde kan undgås, fordi patienten behandles i eget hjem, og patienten overvåger sig selv løbende.

#### *Specifikke aftaler*

De enkelte kommuners og sygehuses status for deltagelsen i it-strategien beskrives i de specifikke aftaler. Endvidere beskrives evt. initiativer på det telemedicinske område.

## Grundaftalen om udskrivningsforløb

### *Behov for en regional aftale om samarbejde*

Sammenhængende, effektive patientforløb af høj kvalitet forudsætter blandt andet klare retningslinier for samarbejde og kommunikation mellem alment praktiserende læger, kommuner og sygehuse. Dette kræver, at der indgås aftaler mellem parterne.

Disse års udvikling i sygehusstruktur og behandlingstilbud betyder, at regionens sygehuse kommer til at modtage patienter fra hele regionen – og at alle kommuner derfor i større omfang skal samarbejde med alle sygehuse. Derfor er det nødvendigt med én regional aftale om samarbejde og kommunikation om patientforløb på tværs af sektorerne.

En sådan regional aftale foreligger nu med forslaget til grundaftalen om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter og den tilsvarende grundaftale om indlæggelsesforløb.

### *Enhver udskrivning skal aftales*

Et tilbagevendende diskussionspunkt i patientforløbene mellem sygehuse og kommuner har været, hvor vidt den konkrete patient kunne betragtes som færdigbehandlet og klar til udskrivning/hjemtagning.

Hvornår en patient er færdigbehandlet, er alene en lægelig afgørelse. Med den foreslåede grundaftale indføres imidlertid som grundlæggende samarbejdsprincip, at udskrivning af enhver patient, der har behov for kommunale ydelser, skal være aftalt på forhånd mellem kommune og sygehus.

### *Udskrivningen starter ved indlæggelsen*

Kommunikationen om patientforløb på tværs af sektorerne har været hæmmet af problemer med telefonisk kontakt, langsommelig papirgang osv. Med den kommende aftale indføres konsekvent en it-baseret kommunikation mellem sygehus og kommune gennem hele patientforløbet, fra indlæggelse til udskrivning. Derved vil fagpersoner i begge sektorer være optimalt informeret om patienten gennem forløbet.

Fra kommuneside har der ofte været efterlyst en tilstrækkelig tidlig inddragelse og information om indlagte patienter af hensyn til planlægning af den opfølgende indsats for borgeren i eget hjem efter udskrivningen fra sygehuset. Den nye aftale indfører en forpligtelse for sygehusene til at oplyse kommunen om den forventede plan for forløbet senest to døgn efter en indlæggelse. Princippet om at "udskrivningen starter ved indlæggelsen" får hermed et konkret redskab til realisering.

### *Varslingsfrister erstattes af fælles planlægning*

Det er aftalt mellem kommunerne og regionen at udarbejde retningslinjer for en fælles udskrivningsplanlægning, der skal indføres fra midten af 2009 og erstatte de tidligere aftalers frister for sygehusets varsling af færdigbehandlede patienter. Indtil da gælder ens varslingsfrister, som er fastsat i grundaftalen, dog med nogle variationer, der er aftalt lokalt.

### *Kommunikation og information til patienten*

Grundaftalen indeholder også bestemmelser om samarbejde og kommunikation ved ambulante patientforløb, kortvarige indlæggelsesforløb op til et døgn samt ved efterforløbet efter udskrivning, hvor egen læge i samarbejde med kommunen tager hånd om forløbet.

Aftalen fastlægger endvidere, hvordan, hvornår og af hvem borgeren/patienten samt evt. pårørende skal informeres og indgå i en dialog om behandlingsforløbets tilrettelæggelse.

### *Koordinering og kvalitet varetages lokalt*

Afgørende for et gnidningsløst samarbejde om patientforløb er blandt andet, at kapacitet og aktivitet i henholdsvis sygehuse og kommuner løbende afstemmes, så der ikke opstår flaskehalse og ventepukler og heller ikke situationer med dårligt udnyttet kapacitet. Ansvar for denne koordinering er en af hovedopgaverne for de lokale samordningsfora.

Udmøntningen af sundhedsloven stiller større krav til kvalitetsovervågning og –opfølgning i sundhedsvæsenet. Det gælder også patientforløb på tværs af sektorerne. Grundaftalen udpeger overordnet,

hvilke forhold der bør følges op på løbende. Der skal på nogle områder udvikles redskaber og metoder til det. Opfølgningen er en opgave for sygehuse og kommuner og koordineres i de lokale samordningsfora.

#### *Specifikke aftaler*

I de specifikke aftaler beskrives bl.a. aftaler om samarbejde om særlige patientgrupper, herunder eksempelvis terminale patienter, borgere med alkohol- eller misbrugsproblemer, gravide og nyfødte, respiratorpatienter samt senhjerneskadede. Herudover beskrives evt. lokalt aftalte varslingsfrister. Endelig beskrives den konkrete koordinering af dialog om og koordinering af kapacitet – eksempelvis i form af informationsudveksling og kvalitetsudviklingstiltag.

## Grundaftalen om indlæggelsesforløb

Ligesom aftalen om udskrivningsforløb indgår grundaftalen om indlæggelsesforløb i grundlaget for den regionale samarbejdsaftale om samarbejde og kommunikation om tværsektorielle patientforløb.

### *Behandling og pleje på det rette niveau*

Et af de grundlæggende principper i samarbejdet er, at patienterne på den ene side selvfølgelig skal sikres den fagligt korrekte og forsvarlige undersøgelse og behandling, men på den anden side heller ikke behøver at blive behandlet på et mere avanceret fagligt niveau end nødvendigt. Ikke mindst for ældre patienter kan symptomer ofte klares ved en mere intensiv plejeindsats.

Aftalen lægger derfor op til et udvidet samarbejde mellem den henvisende læge og den kommunale hjemmepleje, inden der træffes beslutning om indlæggelse på sygehus. Derudover peger aftalen på en række tiltag, som kommunen kan sætte i værk for at støtte og bevare helbredet hos borgere, der modtager hjemmepleje.

Endvidere fastlægger aftalen kommunikationen mellem praktiserende læge eller vagtlæge og sygehus, samt den it-baserede kommunikation mellem sygehus og patientens kommune i forbindelse med en indlæggelse.

### *Forebyggelse af u hensigtsmæssige akutte indlæggelser*

Sundhedsaftalerne skal beskrive indsatsen for at forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser. Grundaftalen fastslår regionens og kommunernes ansvar i de tilbud i sundhedsvæsenet, som indgår i de enkelte faser af ethvert patientforløb, hvor muligheder for at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser er til stede. Der er en række gode erfaringer med tiltag, som sygehusene eller kommunerne kan gå i gang med – hver for sig eller i samarbejde.

På dette punkt lægger grundaftalen derfor op til, at der lokalt mellem det enkelte sygehus og kommunerne laves en beskrivelse af de initiativer, man har taget eller vil tage for at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

### *Kvalitet og opfølgning*

Ligesom det gælder under udskrivningsforløb udpeger grundaftalen overordnet hvilke forhold, der bør følges op på løbende gennem kvalitetsovervågning. Opfølgningen er en opgave for sygehuse og kommuner og koordineres i de lokale samordningsfora.

### *Specifikke aftaler*

De specifikke aftaler beskriver først og fremmest initiativer, der kan forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser. Det er bl.a. faldforebyggelse, journalaudit, etablering af kommunale aflastningspladser, sygehusenes modtage- og visitationsafsnit, fælles kompetenceudvikling og subakutte ambulatorietider.

## Grundaftalen om genoptræning

Med kommunalreformen er ansvaret for opgaven med genoptræning af patienter efter behandling på sygehus flyttet til kommunerne, men sådan at den specialiserede genoptræning fortsat skal finde sted på sygehuset. Reformen har dermed sat særlig fokus på genoptræningen, men også skabt diskussion om, hvad der kan udføres af kommunerne – den almene ambulante genoptræning – og hvad der skal foregå på sygehusene.

### *Almen og specialiseret genoptræning*

Grundaftalen om genoptræning skal skabe klarhed om denne opgavefordeling, og en vigtig del af aftalen er bilagsnotatet "Snitflade mellem almen og specialiseret ambulante genoptræning efter Sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark", som beskriver snitfladerne mellem sektorerne. Dvs. hvem, der har ansvaret og udfører hvilke opgaver inden for de forskellige diagnoser. Det er dog fortsat den enkelte sygehuslæge, der tager stilling til, hvor genoptræningen af den enkelte patient skal foregå.

Snitfladen kan ændre sig over tid i takt med den faglige udvikling i metoder og kompetencer.

Til støtte for en harmonisering og kvalitetsudvikling på tværs af regionen er der mellem region og kommuner sat et arbejde i gang med fælles beskrivelser af genoptræningsforløb for større patientgrupper.

### *Genoptræningsplanen er det afgørende led i overgangen*

Genoptræningsplanen er det vigtigste led i kommunikationen mellem sygehus og kommuner, fordi den rummer sygehusets henvisning til den kommunale genoptræningsydelse. I grundaftalen indgår retningslinier for, hvad genoptræningsplanerne skal indeholde, og hvordan de udveksles. Som led i den fælles it-strategi vil genoptræningsplanerne også kunne sendes elektronisk fremover. Aftalen beskriver også opgaverne for de kontaktpersoner, der skal informere patienterne om genoptræningens tilrettelæggelse.

### *Patienternes frie valg*

Der er på genoptræningsområdet indført frit valg for patienterne med hensyn til, hvor de ønsker genoptræningen udført – dog inden for rammerne af den genoptræningsplan, der er udarbejdet. Der kan f.eks. vælges mellem forskellige kommuners tilbud om almen genoptræning. Grundaftalen beskriver, hvordan patienterne informeres om adgangen til at vælge genoptræningssted og om hvilke muligheder, der findes.

### *Koordinering og kvalitet*

Ligesom det gælder for patientforløbene som helhed, fordrer samarbejdet på genoptræningsområdet også, at kapacitet og aktivitet i henholdsvis sygehuse og kommuner løbende afstemmes, så der ikke opstår flaskehalse, f.eks. ved at nyopererede patienter ikke kan tilbydes den nødvendige genoptræning. Ansvaret for denne koordinering er en af hovedopgaverne for de lokale samordningsfora.

Grundaftalen for genoptræning udpeger, hvilke forhold der bør kvalitetsovervåges og følges op på løbende, og der er på dette felt allerede udviklet metoder og redskaber. Opfølgningen er en opgave for sygehus og kommuner og koordineres i de lokale samordningsfora.

### *Specifikke aftaler*

I de specifikke aftaler beskrives først og fremmest de genoptræningstilbud, som kommuner og sygehuse stiller til rådighed inden for henholdsvis almen og specialiseret genoptræning. Evt. opgaver for lokalt nedsatte arbejdsgrupper på genoptræningsområdet, særlige befodringsaftaler, procedurer for hjemmebesøg samt konkrete udviklingsprojekter beskrives også.

## Grundaftalen om hjælpemiddelområdet

Gennem en årrække har der hersket en del usikkerhed om regelgrundlaget for behandlingsredskaber og hjælpemidler. Det har givet anledning til diskussioner mellem kommuner og sygehuse og ikke sjældent medført problemer i betjeningen af borgerne.

### *Klar opgavefordeling*

Med grundaftalen om hjælpemidler søges der skabt klarhed om opgavefordelingen til gavn for tilrettelæggelsen af forløbet for den enkelte patient. Et casekatalog med 26 konkrete patient-cases beskriver ansvarsfordelingen mellem region og kommune i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler og indgår som bilag til grundaftalen.

Grundprincippet er, at der skal være let adgang for patient og borger til behandlingsredskaber og hjælpemidler, og hvis der er tvivl om ansvaret, skal opgaven udføres af den part, der har tættest kontakt med borgeren. Myndighederne må så afklare ansvaret efterfølgende. Et andet grundprincip er enkel logistik og administration.

Afklaringen af patienternes behov for behandlingsredskaber og hjælpemidler sker som en del af udrednings- og behandlingsforløbet og er fastlagt i samarbejdsaftalen, som indgår i grundaftalen om udskrivningsforløb.

Grundaftalen fastlægger, at det er den myndighed, der udleverer et hjælpemiddel, der har ansvaret for at indstille hjælpemidlet, så det passer og for at instruere patienten. Aftalen beskriver også opgaverne for de kontaktpersoner, der skal informere patienterne om hjælpemidler og sikre en koordineret indsats på tværs af sygehus og kommune.

### *Koordinering og kvalitet*

Ligesom på genoptræningsområdet skal kapacitet og aktivitet i henholdsvis sygehuse og kommuner løbende afstemmes, så der ikke opstår flaskehalse i form af mangel på hjælpemidler. Ansvar for koordineringen er en af hovedopgaverne for de lokale samordningsfora.

Grundaftalen for hjælpemiddelområdet udpeger, hvad der bør kvalitetsovervåges og følges op på løbende. Opfølgningen er en opgave for sygehus og kommuner og koordineres i de lokale samordningsfora.

### *Specifikke aftaler*

Evt. aftaler om udbringning og afhentning af hjælpemidler beskrives, ligesom opgaver m.v. for evt. lokalt nedsatte arbejdsgrupper på hjælpemiddelområdet beskrives.

## Grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Med sundhedsloven er der sat fokus på den patientrettede forebyggelse. Formålet er bl.a. at sikre patienterne den bedst mulige livskvalitet ved at lære dem at leve et godt og aktivt liv trods sygdom. Samtidig handler patientrettet forebyggelse om at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer, der kan opstå i forbindelse med deres sygdom. Ansvaret for den patientrettede forebyggelse er ifølge sundhedsloven delt mellem kommuner, regioner og almen praksis. Grundaftalen beskriver nærmere, hvem der har ansvar for og udfører forebyggelsesopgaver i de enkelte faser i patientforløbene.

Som bilag til grundaftalen er der beskrevet konkrete eksempler på arbejdsdelingen for tre diagnoser – nemlig hjerte- og diabetesområdet samt kronisk obstruktiv lungesygdom.

KRAM-områderne (**K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion) er gennemgående i den patientrettede forebyggelse, når det drejer sig om hjælp til at leve sundere. Kommunerne tilbyder gruppebaserede livsstiltilbud, og de praktiserende læger yder individuel rådgivning, evt. gennem praksispersonale.

### *Patientuddannelse*

En væsentlig del af den patientrettede forebyggelse vil foregå som patientuddannelse. Sygehusene skal tilbyde specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse og gennemfører i 2008 en regional harmonisering, så alle borgere i regionen får samme tilbud, uanset hvilken kommune de bor i, og hvilket sygehus de indlægges på.

De praktiserende læger fungerer som tovholder i hele forløbet og kan efter aftale henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Omfanget m.v. af kommunale tilbud er afhængig af lokale forhold, muligheder og prioriteringer.

### *Det handler også om at opdage sygdom, før den udvikler sig*

Den forebyggende indsats handler ikke kun om at skabe tilbud til patienter med en diagnosticeret sygdom, men også om i kontakten med borgere at være opmærksom på symptomer på, om borgeren er i risiko for at udvikle en sygdom. I bedste fald kan man forhindre en sygdom i at opstå eller udvikle sig yderligere. Både region og kommuner har en opgave i tidlig opsporing.

### *Fokus på overgange mellem sektorer, sammenhæng i tilbud og principper for henvisning*

Et optimalt henvisningsforløb forudsætter kvalitet i tilbuddene baseret på evidens, lægens kendskab til tilbuddene samt én indgang til tilbuddene. Aftaler om tilbud lokalt sker i de lokale samordningsfora, og tilbuddene skal fremgå af det fælles informationssystem VisinfoSyd.

Praktiserende læger kan – på baggrund af en lægefaglig vurdering - henvise patienter til sundhedstilbud, som hjemkommunen stiller til rådighed, og som fremgår af VisinfoSyd. Henvisningen udløser en handlepligt. Det er på den måde op til kommunen at visitere borgeren til et konkret tilbud, men henvisningen foregriber ikke kommunens visitationsmyndighed og selvstændige fastlæggelse af omfang og service i sine tilbud.

### *Tilbud om rådgivning til kommunerne*

Region Syddanmark tilbyder rådgivning til kommunerne om sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Rådgivningen sker bl.a. i form af temamøder, ekspertpanel, konsulentbistand, elektronisk dialogforum samt kompetenceudvikling.

### *Fokus på kvalitet*

Tilbuddene til patienterne skal have en dokumenteret virkning, og når kvaliteten måles, skal der tages udgangspunkt i det samlede patientforløb – lige fra hvilke forebyggende initiativer henvisende læge har sat i gang, selve forløbet, tilbagemeldingen til henvisende læge samt effekten af indsatsen.

### *Specifikke aftaler*

Først og fremmest beskrives hvilke tilbud, kommuner og sygehuse stiller til rådighed i form af bl.a. patientskoler, patientuddannelse, livsstiltilbud, rehabiliteringstilbud, infektionshygiejnebistand m.v. Evt. konkrete samarbejds- og udviklingsprojekter beskrives også, herunder eksempelvis samarbejde om hjerterehabilitering samt Bevægelse i Syddanmark.

## Grundaftalen om indsatsen for mennesker med sindslidelser

Sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med sindslidelser er vigtig – ikke mindst fordi mange aktører skal spille sammen i forløb, som ofte er langvarige.

### *Samarbejdsaftale på det psykiatriske område*

Der er i forbindelse med udarbejdelse af grundaftalen udarbejdet en regional samarbejdsaftale mellem regionen og kommunerne på det psykiatriske område.

### *Tydelighed om opgaveansvar*

Inden for det psykiatriske område er der mange snitflader mellem de regionale og de kommunale tilbud. Derfor er der et behov for tydelighed om, hvem der har ansvar for hvilke dele af opsporing, udredning, behandling og rehabilitering i forhold til mennesker med en sindslidelse og hvornår i forløbene, der er delt ansvar. I grundaftalen er der en detaljeret beskrivelse af arbejdsdelingen på det psykiatriske område, som skal ligge til grund for det fremtidige samarbejde. På nogle specifikke områder viser erfaringen, at der ofte opstår tvivlsspørgsmål, fordi der er mange snitflader. Det drejer sig om børne- og ungeområdet og området for mennesker med en sindslidelse og samtidigt misbrug. På disse områder er der gjort en ekstra indsats for at lave beskrivelserne detaljerede.

### *Kommunikation og gensidig information som vigtigt redskab i de sammenhængende forløb*

Den gode psykiatriske indsats for mennesket med en sindslidelse handler om information og kommunikation, om inddragelse og smidige overgange mellem systemer. Grundaftalen fremhæver i alle sammenhænge behovet for løbende at holde alle relevante instanser orienteret om et forløbs udvikling – naturligvis efter samtykke fra mennesket med en sindslidelse. Derfor er der igangsat et kortlægningsarbejde for elektronisk kommunikation mellem region og kommuner på det psykiatriske område.

### *Udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelse*

For at skabe et ensartet billede af hvordan et patientforløb som hovedregel vil forløbe for et menneske med en sindslidelse, er der i forbindelse med den regionale samarbejdsaftale udarbejdet en udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelse. Beskrivelsen er detaljeret og indeholder fire aktører: Borger/familie/netværk, kommune, praktiserende læge og psykiatrisk behandlingstilbud, og hvordan man forventer, at de involveres i de tre faser: Opsporing, undersøgelse og behandling/tilbud/rehabilitering.

### *Varsling, udskrivning og færdigbehandling*

Det er en forudsætning for et godt samarbejde og det bedste forløb for mennesket med en sindslidelse, at kommunen – ved behov for tilbud – inddrages så tidligt som muligt i forløbet. Kommunen varsles om udskrivning senest tre hverdage før færdigbehandlingsdagen. Det er den behandlingsansvarlige læge, der vurderer, hvornår et menneske med en sindslidelse er færdigbehandlet.

### *Specifikke aftaler*

De specifikke aftaler beskriver bl.a. varetagelsen af samarbejdet om sindslidende med misbrugsproblemer, samarbejdet på demensområdet, videns- og informationsudveksling, organiseringen af samarbejdet lokalt m.v.