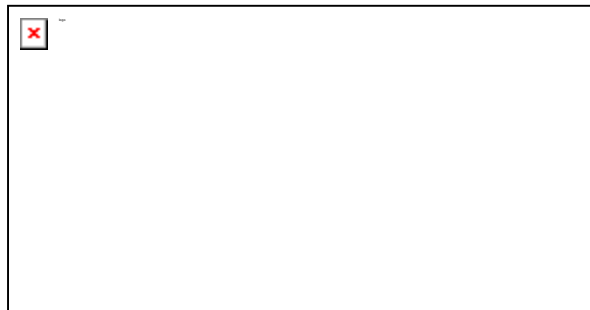


Forslag

Sundhedsaftaler 2008
Specifikke aftaler mellem
Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark

Af 22. juli 2008



**Godkendt af kommunalbestyrelsen i Faaborg-Midtfyn Kommune
xx. september 2008**

**Godkendt af regionsrådet for Region Syddanmark
xx. august 2008**

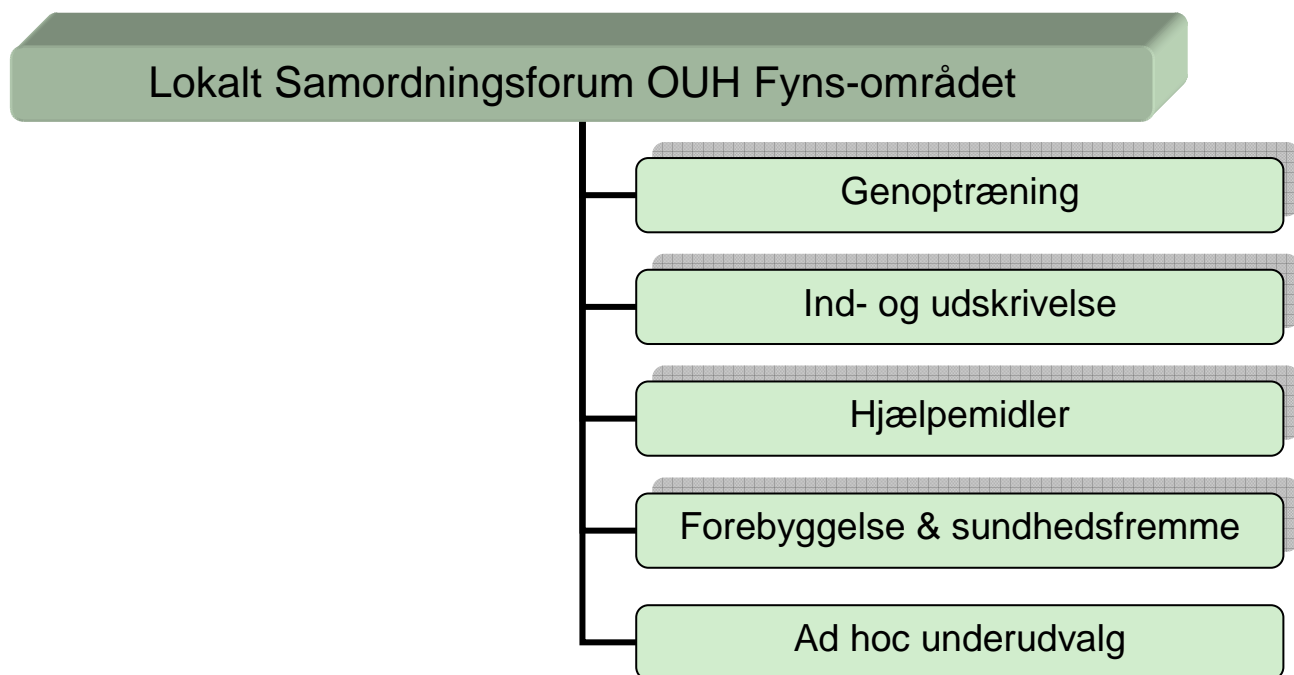
INDHOLDSFORTEGNELSE

SPECIFIKKE AFTALEPUNKTER OM TVÆRGÅENDE TEMAER.....	3
SPECIFIKKE AFTALEPUNKTER OM UDSKRIVNINGFORLØB.....	11
SPECIFIKKE AFTALEPUNKTER OM INDLÆGGELSESFORLØB.....	17
SPECIFIKKE AFTALEPUNKTER OM GENOPTRÆNINGSFORLØB.....	22
SPECIFIKKE AFTALEPUNKTER OM HJÆLPEMIDLER.....	31
SPECIFIKKE AFTALEPUNKTER OM FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME.....	37
SPECIFIKKE AFTALEPUNKTER OM INDSATSEN FOR MENNESKER MED SINDSLIDELSER.....	48

Specifikke aftalepunkter for tværgående temaer

Specifikke aftaler om samarbejdsstruktur på sundhedsområdet i Region Syddanmark

Lokalt samordningsforum for OUH Fyns-området



Lokalt samordningsforum

Formålet med Samordningsforum for OUH Fyns-området er, at skabe rammer for en konstruktiv dialog mellem sygehuset og de nærliggende kommuner med henblik på at fremme samordning og sammenhæng i sundhedsydelse, jf. sundhedsaftalerne.

Lokalt samordningsforum for OUH Fyns-området dækker alle kommuner på Fyn samt Langeland og Ærø – dog ikke Odense Kommune. Fra kommunerne deltager primært sundhedschefer, samt chefer for ældreområdet og myndighedsafdelinger. Fra sygehuset deltager en repræsentant fra sygehusets Direktion og afdelingsledelsesrepræsentanter fra områderne geriatri, ortopædkirurgi og medicin.

Lokalt samordningsforum afholder 4 – 6 møder årligt.

Formandsposten ligger enten i en kommune eller på sygehuset – næstformandsposten modsvarende. Formanden vælges ved påbegyndelse af en ny aftaleperiode. Sekretariatsfunktionen følger formandskabet. Der er udarbejdet kommissorium for samordningsforumet og de ledsagende underudvalg.

Udviklingspulje

Der er indgået aftale om betaling til en fælles udviklingspulje i 2008, som disponerer over 160.000 kr.. Finansieringen er delt med en halvpart til sygehuset og en halvpart til de medvirkende kommuner. Tværsektorielle projekter prioriteres. Det vurderes efter et år om puljen skal opretholdes.

Underudvalg vedr. genoptræning

Der er under det lokale samordningsforum nedsat et *Underudvalg for genoptræning* med deltagelse fra alle kommuner, der også er repræsenteret i det lokale samordningsforum, sygehusene samt almen praksis. Fra kommunerne deltager så vidt muligt den ledende terapeut/lederen af træningsområdet. Fra sygehusene deltager chefterapeuten og evt. specialeansvarlige terapeuter samt læger fra det ortopædkirurgiske og medicinske/geriatriske område. Fra praksisområdet deltager praksiskonsulenten tilknyttet ortopædkirurgisk afdeling, OUH Svendborg Sygehus.

Underudvalgets opgave er at fremme samordning, udvikling og sammenhæng i indsatsen på genoptræningsområdet.

Underudvalg vedr. ind- og udskrivning

Der er under det lokale samordningsforum nedsat et *Underudvalg vedrørende ind- og udskrivning* med deltagelse fra alle kommuner, der er repræsenteret i det lokale samordningsforum samt sygehuset. Fra kommuner og sygehuset deltager medarbejdere med ledelsesmæssige beføjelser.

Underudvalgets opgave er at fremme samordning, udvikling og sammenhæng i indsatsen på området.

Underudvalg vedr. hjælpemidler

Der er under det lokale samordningsforum nedsat et *Underudvalg vedrørende Hjælpemidler*. Formålet med underudvalget er, at skabe rammer for en konstruktiv dialog mellem sygehuset og de nærliggende kommuner i forhold til hjælpemiddelområdet med henblik på at fremme samordning, udvikling og sammenhæng i indsatsen på dette område, jf. sundhedsaftalerne.

Underudvalget bidrager til lokal planlægning, driftstilpasning og kvalitetsovervågning samt udvikling på området gennem løbende kvalitetsvurdering af indsatsen og gennemførelse af fælles udviklingsprojekter.

Underudvalg vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme

Der etableres medio 2008 et underudvalg vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme med deltagelse fra alle kommuner repræsenteret i det lokale samordningsforum, sygehusene samt almen praksis.

Formålet med Underudvalget vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme er, at skabe rammer for en konstruktiv dialog mellem sygehuset og de nærliggende kommuner i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme med henblik på at fremme samordning, udvikling og sammenhæng i indsatsen på dette område, jf. sundhedsaftalerne. Underudvalget har til opgave at understøtte gennemførelse af sundhedsaftalerne på området forebyggelse og sundhedsfremme. Det sker bl.a. ved at bidrage til lokal planlægning, driftstilpasning og kvalitetsovervågning.

Fødeplan for Fyns Amt

Region Syddanmark forestår udarbejdelse af en regional fødeplan, som forventes udmeldt i 2009/10. Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde vedr. svangre følger indtil da aftalerne, som de kendes fra fødeplanen for Fyns Amt.

Med fødeplanen blev ansat to praktiserende læger som svangrekonsulenter med hver gennemsnitligt 8 timer pr. måned - en ved hvert af fødestederne Svendborg og Odense.

Til erstatning af den tidligere Følgegruppe for Fødeplanen etableres medio 2008 et midlertidigt samarbejdsforum mellem fødestedet og den kommunale sundhedstjeneste, med henblik på at fremme og koordinere indsatsen på området. Svangrekonsulenterne indgår heri. Fødestederne tager initiativ til etablering.

Der arbejdes fortsat sammen - fødested og kommune – med henblik på realisering af intentionen i *Ammepolitikken*, bl.a. ved at indgå i den tværsektorielle gruppe på området.

I forhold til særlig sårbare svangre, er der ved fødestederne oprettet henholdsvis Familiecentret i Odense og Familieambulatoriet i Svendborg. Begge steder er der blandt andet ansat psykolog og socialrådgiver til styrkelse af opgavevaretagelsen – ikke mindst i forhold til samarbejdet med kommunerne. Disse enheder koordinerer deres indsats med kommunerne tidligst muligt i svangreforløbet. Kommunerne forventes at gøre det samme, således at moder og barn kan udskrives planmæssigt.

Faaborg-Midtfyn Kommune:

Deltagelse i samordningsforum omkring OUH Svendborg Sygehus.

Fra Faaborg-Midtfyn Kommune deltager følgende i samordningsforumets møder:

- Ledende terapeut fra trænings og rehabiliterings afdelingen
- Ledende sygeplejerske
- Daglige leder og stedfortræder fra Pleje og Omsorg (ældreområdet)

Praksiskonsulentordningen og lægesamarbejdet

Faaborg-Midtfyn Kommune har ansat en praksiskonsulent i 3 timer om ugen til udvikling af samarbejdet og dialogen med praksissektoren. Faaborg-Midtfyn Kommune indgår i et samarbejde og tæt dialog med regionens praksisordning.

I øvrigt har Faaborg-Midtfyn Kommune etableret et kontaktudvalg med praktiserende læger i Faaborg-Midtfyn Kommune, hvor 3 repræsentanter fra foreningen af praktiserende læger i Faaborg-Midtfyn Kommune mødes 4 gange årligt for afklaring af tværsektorielle spørgsmål.

Praktiserende læger inviteres i øvrigt til at deltage i relevante udviklingsprojekter.

Specifikke aftaler om dokumentation af aktivitet

Specifikke aftaler om indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

Demensområdet

Fyns Amt besluttede i efteråret 2003 at indføre en såkaldt samarbejdsmodel på demensområdet, hvor intentionen er at videreudvikle samarbejdet mellem de professionelle aktører, der varetager opgaver i forhold til demente.

Samarbejdsmodellen blev støttet af Styrelsen for Social Service under Socialministeriet.

Formålet med etableringen af samarbejdsmodellen på demensområdet er at styrke koordineringen af den indsats, som de mange forskellige aktører på demensområdet udfører. Indsatserne skal opleves som en samlet helhed med den enkelte demente og dennes pårørende i centrum.

Samarbejdsmodellen er således et samarbejde mellem Regionen, OUH Odense Universitets Hospital, OUH Svendborg Sygehus, Alzheimerforeningen på Fyn, kommunerne og de praktiserende læger på Fyn.

På baggrund af en række mulige forbedringsområder for demensindsatsen er der udarbejdet et sæt målsætninger, der i fremtiden skal være styrende for tilrettelæggelsen af demensindsatsen, og som afspejler det ambitionsniveau og den prioritering, man har valgt på demensområdet.

Målsætningerne skal samtidig sikre sammenhængen mellem indsats, som de forskellige aktører på området udfører, og de dækker følgende områder:

- Organisation og samarbejde.
- Opsporing.
- Udredning.
- Behandling.
- Pleje, boformer og aktiviteter.
- Pårørende.
- Information.
- Kompetenceudvikling.
- Samarbejde med de frivillige organisationer.
- Måling af og opbygning af viden om effekten af indsatsen.

Med udgangspunkt i målsætningerne er den konkrete samarbejdsmodel på demensområdet udarbejdet. Dette er sket ved udvikling af en række konkrete redskaber – herunder beskrivelse af samarbejdsrelationerne og etableringen af informationsportalen www.demensfyn.dk men ikke mindst gennem en proces baseret på tværsektoriel og tværfaglig dialog og handling.

Konkret er samarbejdsmodellens elementer implementeret ved de nye fynske kommuner, de to sygehuse og de praktiserende læger.

Det kan konstateres, at der hos aktører med udgangspunkt i samarbejdsmodellen er gennemført en række relevante initiativer på demensområdet, som generelt har betydet en forbedret indsats på demensområdet.

Kronikerstrategi i Faaborg-Midtfyn Kommune

Faaborg-Midtfyn Kommune har i forlængelse af den regionale indsats for mennesker med kroniske lidelser udarbejdet en kronikerstrategi.

Kronikerstrategien tager udgangspunkt i følgende store sygdomsgrupper:

- Hjertesygdomme
- KOL
- Diabetes II
- Psykiske lidelser
- Astma og allergi
- Demens og gerontopsykiatri

- Kroniske smerter i bevægeapparatet

Strategien skal ses som et dynamisk arbejdsdokument, som opdateres og justeres årligt. Ydermere, vil der muligvis blive inddraget yderligere kroniske sygdomme i strategien. Når visse sygdomme på nuværende tidspunkt ikke er inkluderet i strategien, er det således ikke et udtryk for, at andre sygdomskategorier ikke har kommunens opmærksomhed. Det har dog været nødvendigt at prioritere og dette er blevet gjort ud fra nationale og regionale standarder.

Strategien er opbygget ud fra en stratificeringsmodel med fokus på følgende indsatsområder:

- Sammenhængende patientforløb
- Kommunikation
- Undgåelse af u hensigtsmæssige indlæggelser
- Undgåelse af utilsigtede hændelser
- Kvalitet og opfølgning

Disse er generelle for alle målgrupper i strategien

Øvrige elementer der indgår i strategien er:

- Tidlig opsporing
- Den særligt sårbare patient
- Patientuddannelse
- Rygestop kurser
- Træning
- Samarbejde og projekter

Strategien et arbejdsdokument, hvor det er Faaborg-Midtfyn Kommunes intention, at sundhedspersonale, sagsbehandlere og praktiserende læger skal være med til at formidle kronikerstrategien til borgerne. Samarbejdet med patientforeninger og frivillige foreninger ses som et vigtigt led i kronikerstrategien med indgåelse af relevante partnerskabsaftaler som eksempelvis med Astma og Allergiforbundet omkring astma og eksemskoler.

Specifikke aftaler om it-strategi for tværsektoriel sundhedskommunikation

Faaborg-Midtfyn Kommune:

Telemedicinsk center

Faaborg-Midtfyn Kommune er indstillet på at indgå i et arbejde omkring udvikling af et telemedicinsk center som kan genere udvikling af telemedicinske løsninger.

Aktuelt indgår Faaborg-Midtfyn Kommune i et samarbejde med OUH Svendborg Sygehus af telemedicinske løsninger på såvel KOL området som hjerteområdet.

Projekterne er forankret på OUH Svendborg Sygehus med deltagelse af den kommunale sygepleje i forsøget på at imødegå genindlæggelser af såvel KOL patienter som hjertepatienter.

KOL projektet her foreløbig kørt godt 1 år med projektmidler fra EU, medens at projektet omkring hjertepatienter foreløbig er på planlægningsstadiet, hvor der ansøges om EU midler.

**Specifikke aftalepunkter vedr.
udskrivningsforløb**

Krav 1: Koordinering

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

Samarbejdsaftale vedrørende terminale patienter

Der er i 2007 igangsat et regionalt arbejde med henblik på harmonisering af gældende ordning vedrørende terminale patienter. Arbejdet forventes afsluttet i 2008/9. Eventuelt behov for uddybende drøftelse af kriterier for terminale patienter finder sted i det lokale samordningsforum.

Kommunen inddrages før udskrivelse af terminale patienter, især er det vigtigt, at inddrage kommunen tidligt i sager omkring terminale patienter, der ikke tidligere har modtaget støtte fra kommunen. Der kan indgås individuelle aftaler mellem sygehuset og kommune, om at den terminale patient kan blive på sygehuset, hvis han/hun ønsker det. Denne mulighed omfatter dog ikke højt specialiserede kræftbehandlingsafdelinger.

Patienter i terminalfasen er ikke underlagt gældende varslingsregler

Palliativt Team Fyn

En regional arbejdsgruppe forventes at sende en regional aftale for palliationsområdet i høring 2008/9. Indtil en regional aftale træder i kraft videreføres aftale vedrørende Palliativt Team efter hidtidige retningslinier.

Det palliative team har til opgave at bistå sygehuse, kommuner og de praktiserende læger i behandlingen af patienter, hvis tilstand kræver ekspertbistand. Teamet overtager ikke patienterne, men bistår kun efter henvendelse. Teamet udgår fra Onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital. Henvielse til teamet sker fra sygehuslæge eller praktiserende læge. Teamet kan tilbyde koordinering af sygdomsforløbet i forhold til sygehus, hjemmepleje og egen læge. Se i øvrigt VisInfoSyd www.visinfo.regionsyddanmark.dk/wm168959

Smerte- og Palliationsklinikken, OUH Svendborg Sygehus

En regional arbejdsgruppe forventes at udsende en regional aftale for palliationsområdet i høring 2008/9. Indtil en regional aftale træder i kraft fortsætter Smerte- og Palliationsklinikken under Anæstesiologisk afd., OUH Svendborg Sygehus sin virksomhed uændret. Klinikken har et tæt samarbejde med hjemmeplejen, og foretager i specielle tilfælde hjemmebesøg. Klinikken varetager endvidere undervisningsopgaver for hjemmeplejen.

Med henblik på at skabe gode rammer for en hurtig udskrivelse orienteres/inddrages kommunen tidligst muligt ved væsentlige ændringer i patientens tilstand.

Varslingsfrist ved udskrivelse af patienter udelukkende med behov for praktisk hjælp

Patienter, som har været indlagt mere end 24 timer, og ved udskrivelsen udelukkende har behov for praktisk hjælp – gives efter aftale med kommunen blot 24 timers varslingsfrist ved udskrivelse.

Varslingsfrist ved udskrivelse af plejehjemsboere

Plejehjemsboere, som har været indlagt mere end 24 timer, og igen udskrives til plejehjemmet – gives efter aftale blot 24 timers varslingsfrist ved udskrivelse.

Udskrivningskonferencens opsættende virkning for færdigvarsling

Det aftales, at udskrivningskonferencen varsles tidligst muligt og kommunen responderer og aftaler tid for konferencen senest den efterfølgende hverdag, hvorefter sygehuset kan varsle patienten færdigbehandlet efter aftalte regler. Jfr. afsnit 4.4.2 og 4.4.3 i bilag til denne aftale (*Samarbejdsaftalen*).

Samarbejde vedr. borgere med alkohol eller stofmisbrug

Den Danske Kvalitetsmodel angiver en række områder, hvor det kræves at sygehuset beskriver sin aktivitet. Et af områderne vedrører indsats og tilbud i forhold til patienter, hvis livsstil har væsentlig negativ betydning for deres helbred. Sygehuset skal således beskrive hvordan personalet opsporer og handler i

forhold til patienter med et misbrug af alkohol. Det aftales, at Faaborg-Midtfyn Kommune inddrages i sygehusets beskrivelse af retningslinjer på dette område. Såfremt sygehuset også beskriver retningslinjer vedr. stofmisbrug – hvilket ikke er et obligatorisk krav- så inddrages kommunen på tilsvarende måde.

Hjemmebesøg:

Der aftales regelsæt vedrørende hjemmebesøg ved møde i Lokalt samordningsforum for OUH Fyns-området i 2008 på baggrund af udkastet "Retningslinjer for hjemmebesøg" – udarbejdet af ad hoc arbejdsgruppen nedsat af samordningsforumet.

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.

Telemedicinsk udskrivningskonference

Med henblik på at fremme samordning, koordination og et glidende patientforløb, iværksættes forsøg i OUH Fyns-området forsøg med telemedicinsk udskrivningskonference – sygehus/borger/kommune. Projektet forankres i *Underudvalg vedrørende ind- og udskrivning og rapporteres* til Lokalt samordningsforum for OUH Fyns-området. Der tages afsæt i erfaringer fra et tilsvarende projekt mellem Middelfart Kommune og Sygehus Lillebælt. Projektet påbegyndes 2009.

Formidling af særlige behov vedr. ernæring

Med henblik på at fremme sundhed og understøtte patientbehandlingen gennemfører OUH Odense Universitetshospital - Svendborg Sygehus ernæringscreening af patienterne ved indlæggelse. Med henblik på at skabe mulighed for opfølgning på den af sygehuset iværksatte ernæringsbehandling, formidles patientens ernæringsstatus og behov for diætistbehandling i udskrivningsrapporten fra sygehuset.

Faaborg-Midtfyn Kommune:

Ernæringsprojekt

Faaborg-Midtfyn Kommune kører i 2008 og 2009 et ernæringscreeningsprojekt omkring ældre i forsøget på at identificere fejlnærede ældre og afhjælpe følgevirkningerne heraf. I den forbindelse er Faaborg-Midtfyn Kommune interesseret i at indgå et tættere samarbejde omkring ernæringscreening før, under og efter indlæggelser.

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.

Krav 4: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Evaluering – kvalitetsudvikling af indlæggelses og udskrivelsesforløb.

Patienter, som er færdigbehandlede men stadig indlagt på et sygehus, er *ikke* i et optimalt forløb. Hverken patient, kommune eller sygehus er tjent hermed. Der indledes et fælles arbejde for at reducere antallet betalingsdage for færdigbehandlede patienter. Det sker ved at løbende følge udviklingen og analysere mønstre og fremsætte forslag til ændret praksis i patientforløb på sygehuset og/eller kommunerne. Der stiles mod at lære af hinanden og af andre. Underudvalg vedr. ind- og udskrivelse samt OUH Kvalitetsafdelingen forestår dette arbejde og rapporterer løbende til Lokale samordningsforum for OUH Fyns-området. Der sættes mål for indsatsen, som påbegyndes oktober 2008. Det forudsættes, at problemerne med beregning af færdigbehandlingsdage er løst forinden.

Underudvalget vedr. ind- og udskrivning følger løbende op på de nævnte forhold og afrapporterer til det lokale samordningsforum.

**Specifikke aftalepunkter vedr.
indlæggelsesforløb**

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.

Samarbejdsaftale vedrørende terminale patienter

Der er i 2007 igangsat et regionalt arbejde med henblik på harmonisering af gældende ordning vedrørende terminale patienter. Arbejdet forventes afsluttet i 2008/9. Eventuelt behov for uddybende drøftelse af kriterier for terminale patienter finder sted i det lokale samordningsforum.

Kommunen inddrages før udskrivelse af terminale patienter, især er det vigtigt, at inddrage kommunen tidligt i sager omkring terminale patienter, der ikke tidligere har modtaget støtte fra kommunen. Der kan indgås individuelle aftaler mellem sygehuset og kommune, om at den terminale patient kan blive på sygehuset, hvis han/hun ønsker det. Denne mulighed omfatter dog ikke højt specialiserede kræftbehandlingsafdelinger.

Patienter i terminalfasen er ikke underlagt gældende varslingsregler

Patientidentifikation

Med henblik på at udgå alvorlige utilsigtede hændelser ved indlæggelse af borgere, som ikke er i stand til at svare for sig selv, aftales det at:

Uledsagede borgere, som ikke er i stand til at svare for sig selv, og som indlægges fra plejehjem eller tilsvarende bosteder med personale i døgn-dækning får efter samtykke påsat ID-armbånd inden transport til sygehus.

Da primærsektoren på sigt forventes at skulle arbejde med utilsigtede hændelser og rapportere disse, vil det være hensigtsmæssigt, at sygehus og kommuner allerede nu samarbejder for at gøre det mere sikkert at være patient, særligt ved overgang mellem sektorer.

Samarbejdsmodel for demensområdet

Aftale mellem 10 fynske kommuner vedrørende *samarbejdsmodellen for demensområdet* videreføres indtil videre efter hidtidige retningslinier.

Formålet med en samarbejdsmodel på demensområdet er at styrke koordineringen af den indsats, som de mange forskellige aktører på demensområdet gør. Indsatserne skal udgøre en samlet helhed med den enkelte demente borger og dennes pårørende i centrum. Det er den praktiserende læge, der henviser til demensklinikken på OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus ved begrundet mistanke om demens. Et tværfagligt team på demensklinikken stiller diagnosen og lægger en langsigtet behandlingsplan, så den praktiserende læge og kommunens medarbejdere ved, hvordan de efterfølgende hjælper patienten.

Palliativ Team Fyn

En regional arbejdsgruppe forventes at sende en regional aftale for palliationsområdet i høring 2008/9. Indtil en regional aftale træder i kraft videreføres aftale vedrørende Palliativ Team efter hidtidige retningslinier.

Det palliative team har til opgave at bistå sygehuse, kommuner og de praktiserende læger i behandlingen af patienter, hvis tilstand kræver ekspertbistand. Teamet overtager ikke patienterne, men bistår kun efter henvendelse. Teamet udgår fra Onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital. Henvielse til teamet sker fra sygehuslæge eller praktiserende læge. Teamet kan tilbyde koordinering af sygdomsforløbet i forhold til sygehus, hjemmepleje og egen læge. Se i øvrigt VisInfoSyd

www.visinfo.regionsyddanmark.dk/wm168959

Smerte- og Palliationsklinikken, OUH Svendborg Sygehus

En regional arbejdsgruppe forventes at udsende en regional aftale for palliationsområdet i høring 2008/9. Indtil en regional aftale træder i kraft fortsætter Smerte- og Palliationsklinikken under Anæstesiologisk afd., OUH Svendborg Sygehus sin virksomhed uændret. Klinikken har et tæt samarbejde med hjemmeplejen, og foretager i specielle tilfælde hjemmebesøg. Klinikken varetager endvidere undervisningsopgaver for hjemmeplejen.

Ekstern prøvetagning i OUH Svendborg Sygehus

Tilbuddet om prøvetagning i eget hjem gives til visse kommuner i OUH Svendborg Sygehus' optageområde, aktuelt Svendborg, Faaborg-Midtfyn, Nyborg og Langeland Kommune.

Målgruppen for den eksterne prøvetagning er som udgangspunkt den absolutte svageste gruppe borgere, som på grund af sygdom/handicaps har brug for ledsagere og/eller kun vanskeligt kan klare transport og ventetid til/fra sygehusene eller egen læge. I det omfang ledsagelse af patienten er påkrævet, påhviler opgaven kommunerne/institutionerne.

OUH Svendborg Sygehus har en standardkontrakt på området, der henvises til denne. Priserne reguleres med pristal og følger statens kørselstakster.

Regionen tager initiativ til analyse og harmonisering af finansieringsprincipperne for de nuværende ordninger med blodprøvetagning i eget hjem og bo-institutioner mv.

Forslag til fremtidig ordning forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter. Gældende ordninger fortsætter indtil andet er aftalt.

Krav 2: Forebyggelse af u hensigtsmæssige akutte indlæggelser

Hvordan parterne forebygger u hensigtsmæssige akutte indlæggelser.

Faldforebyggelse

Med henblik på at forebygge akutte sygehusindlæggelser og knoglebrud, tages der initiativ i det lokale samordningsforum til at fokusere på faldforebyggelse. Dette sker ved en kortlægning af faldulykker i kommunerne og på sygehuset samt en beskrivelse af aktuelle initiativer på området. På baggrund heraf tager det lokale samordningsforum stilling til udarbejdelse af et koordineret faldforebyggelsesprojekt. Formanden for det lokale samordningsforum forestår indsamling og præsentation af disse data, primo 2009.

Akutstuer

Med henblik på at forebygge visse typer akutte sygehusindlæggelser, etablerer Faaborg Midtfyn Kommune en *Projektgruppe vedr. akutstuer* i samarbejde med alment praktiserende læger og Medicinsk Afdeling OUH Svendborg Sygehus. Kommunen er initiativtager. Projektet påbegyndes tredje kvartal 2008

Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser

Region Syddanmark stiller via det kommunale vindue data til rådighed for Faaborg-Midtfyn Kommune med henblik på at belyse u hensigtsmæssige indlæggelser vedr. patienter i både ambulante og stationære forløb på Odense Universitetshospital.

Udtræk af data sker i henhold til gældende lovgivning.

Journalaudit i forhold til u hensigtsmæssige indlæggelser

I regi af Lokalt Samordningsforum igangsættes en journalaudit mellem kommuner og OUH Svendborg Sygehus vedrørende u hensigtsmæssige indlæggelser. Inden gennemgangen af et aftalt antal journaler aftales definitionen på en u hensigtsmæssig indlæggelse, som således vil ligge til grund for journalaudit'en.

Journalaudit'en gennemføres medio 2009, hvorefter Det Lokale Samordningsforum på møde i efteråret 2009 får forelagt resultaterne heraf med henblik på en eventuel videre proces.

Opgaverne prioriteres i det lokale samordningsforum.

Krav 3: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Underudvalget vedr. ind- og udskrivning følger løbende op på de nævnte forhold og afrapporterer til det lokale samordningsforum.

Specifikke aftalepunkter vedr. genoptræning

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

Funktionsmåling:

Det af OUH udarbejdede materiale vedr. *Simpel funktionsmåling* tages i brug i begge sektorer i det omfang, det vurderes relevant. OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus kan levere informationsmateriale mv..

Regionale arbejdsgrupper vedr. tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser er i gang med at udarbejde forløbsbeskrivelser, herunder anbefalinger til funktionsmålinger. Aftaler om brug af fælles funktionsmålinger for de enkelte diagnosegrupper afventer resultatet af disse udvalgsarbejder.

Hvor der foreligger nationale aftaler om funktionsmålinger, som det f.eks. sker i det Nationale Indikatorprojekt, følges disse af sygehuset og kommunerne.

Leverandøraftaler:

I tilfælde hvor en specialiseret genoptræningsplan fra privathospitaler eller andre regionale sygehuse returneres til sygehuset med henblik på omvisitering til en almen genoptræning, kan/skal OUH Odense Universitetshospital - Svendborg Sygehus indkalde til en instruktion i den mellemliggende periode for at udgå for lang ventetid for borgeren.

Specialiseret genoptræning som tilbydes på OUH Svendborg Sygehus:

Gynækologiske patienter

Målgruppe: Gynækologiske patienter med komplekse smertetilstande omhandlende psykosomatiske og seksuelle problemstillinger, endeometriose, sent erkendt fødselslæsion samt vaginisme. Disse diagnosegrupper, kræver et tæt samarbejde med en speciallæge.

Behandlings og genoptræningsforløbet sammensættes individuelt.

Individuel undersøgelse:

Anamnese, undersøgelse, holdningsanalyse, vurdering af musklernes spændingsgrad i hele bækkenregionen, herunder palpation af bækkenbund - hvis det findes relevant, og hvis det er muligt.

Behandling og træning:

Instruktion i bækkenets anatomi, bevæge-, styrke-, stabilitets- og funktionstræning, manuel behandling af de afficerede muskler. Instruktion i hjemmetræning. Evt. træning med bio-feedback apparat.

Lymfødeme patienter

Målgruppe: Lymfødeme er en diagnose i sig selv. Det er en kronisk lidelse, der opstår som følge af udviklingsanomalier, sygdomme eller traumer i selve lymfekarsystemet.

Behandlingsforløbet sammensættes individuelt.

Forundersøgelse

- Omfangsmåling
- Undersøgelse efter skema, vurdering, test, information, samt udarbejdelse af behandlingsplan i samarbejde med patienten evt. pårørende og hjemmeplejen
- Prioritering af patienterne med henblik på start af individuel behandling, ud fra primær, sekundær og stadietinddeling

Hold

- Cancer mammae patienter tilbydes 2 x hold m.h.p. selvdrænering og stræk

Behandling:

- Hudpleje, drænering, stræk, bandagering, øvelser/selvdrænering, løbende opfølgning på test og ansøgning om kompressionsstrømpe ved behov

- Afslutningsvis omfangsmåling, test, opfølgning af stræk, selvdrænage, øvelser samt måling og bestilling af kompressionsstrømpe hvis behov

Opfølgning:

- Check kompressionsstrømper 14 dage efter udlevering, bestilling af sæt nr. 2, evt. ændret størrelse.

Håndkirurgiske patienter

Målgruppe: Håndkirurgiske patienter, ex. distal radius-frakturer, refleksdystrofi, sene- og nervelæsioner, fingerfracturer, slidgigt- og carpaltunnel-operationer etc.

Forløbet planlægges individuelt.

- Individuel undersøgelse.
Indeholder: Vurdering og udredning i.f.t. smerte, ødem, funktionsprøve, greb, ledbevægelighed, kraft, ADL, inspektion/palpation og sensibilitetsforstyrrelse.
- Behandling og træning
Indeholder: Ødembehandling, bevæge-, kraft-, sensibilitets-, funktions- og koordinationstræning samt evt. tilpasning af skinne og hjælpemidler.
- Instruktion og vejledning i hjemmeøvelser
Indeholder: Vurdering og udredning i.f.t. smerte, ødem, funktionsprøve, greb, ledbevægelighed, kraft, ADL, inspektion/palpation og sensibilitetsforstyrrelse.
- Behandling og træning
Indeholder: Ødembehandling, bevæge-, kraft-, sensibilitets-, funktions- og koordinationstræning samt evt. tilpasning af skinne og hjælpemidler.
- Instruktion og vejledning i hjemmeøvelser

Næsten al håndkirurgisk genoptræning foregår på sygehuset som specialiseret genoptræning. Det er aftalt mellem kommunerne og OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus, at en del af denne patientgruppe, der i henhold til de kriterier, der er fastsat i grundaftalen, overgår til almen genoptræning. Denne opgaveglidning fra region til kommuner fordrer en kompetenceudvikling af kommunernes terapeuter. Sygehuset bistår i begrænset omfang med denne kompetenceudvikling. Kommunerne kan gå ind i opgaven med forskellig hastighed, da de skal have de fornødne kompetencer. Samarbejdet om kompetenceudvikling drøftes i det lokale samordningsforum.

Specialiseret genoptræning som tilbydes på OUH Odense Universitetshospital

Genoptræning til håndkirurgiske patienter

- Tilbydes til patienter med:
 - Replantationer / revaskularisering
 - Sene og nerve overskæringer / tenolyser
 - Fraktur (brud) på fingre og håndled
 - Knusnings og klemskader
 - Slidgigt i fingre og håndled
 - Kroniske smertetilstande i hænderne
 - Infektioner
 - Rheumakirurgi
 - Korrektion ved spastisk parese
 - Finger og arm amputationer
 - Brandsår
 - Børn med medfødte hånddeformiteter
- Træningen forgår som:
 - Individuel genoptræning
 - Holdtræning tilbydes til håndledsfrakturer
 - Træningsvarighed ca. 60 min. pr. seance
 - Træningshyppighed afhænger af problemernes karakter
 - Indlagte max. 2 gange dagligt
 - Ambulante fra 1 gang daglig til kontroller med måneders varighed
 - Der udarbejdes individuelle hjemmeøvelsesprogrammer der skal udføres flere gange dagligt som hjemmetræning
 - Antal træningsgange er en individuel vurdering

Genoptræning til gynækologiske patienter

- Tilbydes til patienter henvist med
 - Patienter med urin – og anal inkontinens
 - Patienter med fødselslæsioner
 - Patienter med vaginalplastikkeratierter med kroniske underlivssmerter
- Træningen foregår som:
Individuel genoptræning
Træningsvarighed ca. 45 min. pr seance
Træningshyppighed afhængig af problemernes karakter fra 1x ugl. til behandlinger med op til ugers mellemrum
Antal træningsgange: gennemsnitligt 6-8

Genoptræning til patienter opereret for cancer mammae

- Tilbydes til patienter, der ved 14-dags kontrol efter operation har svære bevægeindskrænkelser i skulderled f.eks. pga. strengdannelse
- Træningen foregår som:
Individuel genoptræning
Træningsvarighed ca. 30 min. pr seance
Træningshyppighed ca. 1x ugl
Antal træningsgange ca. 5

Genoptræning til hjertepatienter

- Tilbydes til patienter henvist efter/med
 - blodprop i hjertet, AMI
 - ballonudvidelse, PTCA,
 - hjerteinsufficiens
 - By - pass opererede
 - Andre hjerteopererede
- Der er 2 forskellige holdtyper:
 - hold for de hjerteopererede med start 2 uger postoperativt. Forløbet strækker sig over 4 uger med træning 2 gange/uge a 1 times varighed pr. gang. Herefter overgår patienterne til et af nedenstående hold.
 - hold for de øvrige patientgrupper med start 2 uger efter udskrivelse. Forløbet strækker sig over 6 uger med træning 3 gange/uge a 1 times varighed pr. gang

Individuel genoptræning i daghospitalsregi (N-DH)

- Tilbydes til patienter med neurologiske problemstillinger og med behov for et tværfagligt specialiseret efterbehandlingsforløb
- Genoptræningen gennemføres efter en individuel plan, og det er ikke muligt på forhånd at fastlægge varigheden af det enkelte forløb
- På N's dagshospital ses patienten af speciallæge ca. hver 14. dag og der afholdes tværfaglig konference omkring patienten hver uge.

Individuel genoptræning i daghospitalsregi (G-DH)

- Tilbydes til patienter med tab af funktionsevne, der er i et ambulans forløb på Geriatrisk dagshospital og som har behov for et genoptræningsforløb, hvor der samtidig er behov for en tæt kontakt med speciallæger. Det drejer sig typisk om patienter som ikke er færdigudredt, og hvor træningsforløbet er en del af udredningen, samt patienter med smerteproblematikker.
- Forløbene er typisk korte med fremmøde to gange ugentligt.
Enkelte gange kan det skønnes nødvendigt at patienten forbliver tilknyttet Daghospitalet, indtil der kan opstartes kommunalt genoptræningsforløb, idet patienten af fysiske, psykiske og/eller sociale årsager ikke kan tåle et slip.
Dette kunne eksempelvis dreje sig om patienter med tab af fysisk funktionsevne og samtidig depression, hvor effekten af genoptræning og antidepressiv medicinsk behandling følges af fysioterapeut og geriatrisk speciallæge.

Individuel genoptræning i daghospitalsregi (C)

- Tilbydes til ryg patienter med:

- Nerverodstryk symptomer
- Behov for løbende vurdering mhp. evt. operation
- Kompleks sygdomssituation
- Andre reumatologiske patienter med:
 - Behov for vurdering i form af myositmuskelskema
 - Behov for vurdering af respirationen i form af 6 min. gangtest
 - Behov for en specialiseret vurdering af behandlingsbehovet
- Forløbene varierer i forhold til målgruppen. Nogle patienter ses kun en gang til vurdering, andre patienter har forløb, der strækker sig over flere måneder, med et ugentligt fremmøde.

Individuel genoptræning – OUH/Odense

- Patienter henvist fra forskellige kliniske afdelinger
- Genoptræningen gennemføres efter en individuel plan, og det er ikke muligt på forhånd at fastlægge varigheden af det enkelte forløb

Individuel genoptræning – OUH/Middelfart

- Patienter henvist fra forskellige kliniske afdelinger
- Genoptræningen gennemføres efter en individuel plan, og det er ikke muligt på forhånd at fastlægge varigheden af det enkelte forløb

Der henvises til Vis Info for yderligere oplysninger om genoptræningstilbuddene.

Faaborg-Midtfyn Kommune:

Genoptræning på hold

Faaborg-Midtfyn kommune har ud over individuel genoptræning- tilbud om genoptræning på følgende diagnosespecifikke hold:

- knæhold i Faaborg og Ringe
- ryghold i Gislev og Broby
- mamma.cancerhold i Faaborg
- bækkenbundshold i Faaborg og Ringe
- hjertehold i Gislev og Faaborg
- alloplastikhold (hofte og knæ) i Faaborg
- KOL-hold (sted ikke fastsat endnu)
- Herudover er der blandede genoptræninghold i Broby, Gislev, Ringe og Faaborg.

Samarbejde med praktiserende fysioterapeuter

Faaborg-Midtfyn Kommune har indgået samarbejdsaftale med 6 fysioterapiklinikker om at kommunens træningsafdeling kan videresende borgere til klinikkerne, såfremt kommunen ikke kan overholde gældende kvalitetsstandard for ventetid til genoptræning.

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

Ændring af regimer:

De aktuelle regimer findes på VisinfoSyd. Ved ændringer i regimerne er sygehuset forpligtiget til at orientere kommunerne. Dette gøres via formanden for underudvalget for genoptræning. Informationen kan være skriftlig eller ved mødeindkaldelse ved større ændringer.

Operationsbeskrivelser:

Operationsbeskrivelser skal vedlægges genoptræningsplanerne, således at kommunens terapeuter har den nødvendige forudsætning for at udføre den relevante genoptræning.

Slutstatus:

Den skriftlige slutstatus som kommunerne udarbejder ved afslutningen af et genoptræningsforløb sendes, med borgerens samtykke, til den praktiserende læge samt til den sygehusafdeling, som har udarbejdet genoptræningsplanen og udtrykkeligt har *anmodet* om at modtage slutstatus.

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.

Ingen bemærkninger ud over den i grundaftalen nævnte generelle informationskrivelse som udleveres til borgeren sammen med genoptræningsplanen.

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.

Ved planlagte hofte- og knæalloplastikoperationer

Med henblik på at understøtte den kommunale kapacitetsplanlægning og derved et glidende patientforløb - varsles den enkelte kommune, når borgeren indkaldes til forundersøgelse/operationsforberedende konsultation i forbindelse med planlagte hofte- og knæalloplastikoperationer..

Gensidige aftaler om midlertidig varetagelse af særlige opgaver

Ved vakante stillinger eller andet kan lederen af træningsområdet i den enkelte kommune eller på sygehuset træffe aftale med andre kommuner/ sygehuset om varetagelse af særlige genoptræningsopgaver i den givne periode.

Krav nr. 5: Opfølgning

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen

Underudvalget vedr. genoptræning følger op på de under krav 5 nævnte forhold og afrapporterer til det lokale samordningsforum.

Faglig udvikling:

Underudvalget for genoptræning har nedsat et tværsektorielt udvalg mellem kommunerne og OUH Svendborg Sygehus vedr. for fælles faglig udvikling. Det er udarbejdet et kommissorium for udvalget. Udvalget primære opgaver er at forestå kompetenceudvikling mellem de 2 sektorer i form af temamøder, praksislæring og efteruddannelse med start efterår 2008.

**Specifikke aftalepunkter vedr.
hjælpemiddelområdet**

Krav nr. 1: Arbejdsdeling

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

Krav nr. 2: Kapacitet

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

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.

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.

Krav nr. 5: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen

Underudvalg vedr. hjælpemidler

Der udarbejdes ikke specifikke aftaler på hjælpemiddelområdet, da arbejdsgruppen har vurderet, at det ikke er muligt på nuværende tidspunkt.

Underudvalget vedr. Hjælpemidler følger op på grundaftalen på dette område

**Specifikke aftalepunkter vedr. forebyggelse og
sundhedsfremme, herunder patientrettet
forebyggelse**

Krav 1: Arbejdsdeling

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

Ulykkesregistrering

Med henblik på at skabe mulighed for at kunne planlægge målrettede ulykkesforebyggende tiltag i kommuner og i Vejdirektoratet indsamler OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus data vedrørende de ulykker der foranlediger skadestuebehandling på Fyn.

Der indgås aftale med de kommuner som ønsker det, om at levere data vedr. ulykker som indtræffer i kommunen og behandles på skadestue i OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus.

Regionen fremlægger i 2008 tilbud til alle regionens kommuner om levering af data vedr. ulykker til brug for kommunernes ulykkesforebyggende arbejde.

Servicering af kommuner på området infektionshygiejne

Med henblik på at fremme sundhed og forebygge spredning af infektionssygdomme, tilbyder OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus at servicere kommunerne på det infektionshygiejniske område.

Der indgås aftale med de kommuner der måtte ønske det, om at servicere på området infektionshygiejne. Jf. notat herom. Notatet beskriver et tilbud med henblik på forebyggelse og reducere af smittespredning. Det vil sige forebyggende hygiejnemæssige tiltag – *inden* en smitsom tilstand optræder og smitteopsporing og smitte begrænsende tiltag, *når* en smitsom tilstand optræder i kommunens institutioner. OUH Odense Universitetshospital kan – såfremt alle kommuner på Fyn tilslutter sig, tilbyde disse ydelser til kr. 2,41 pr borger.

Faaborg-Midtfyn Kommune er især interesseret i at indgå en aftale om servicering på området omkring infektionshygiejne i forhold til institutionsområdet for borgere med væsentligt nedsat funktionsevne.

KRAM

Med henblik på at sikre sammenhæng i afdækning af behov og ønsker – samt tilbud om støtte til ændring i en uensigtsmæssig livsstil, indledes der drøftelser i løbet af 2008 vedr. samarbejde og arbejdsdeling i forhold til KRAM indsatsen, som sygehusene forpligtes på jf Den danske KvalitetsModel.

Der afventes et regionalt udspil vedr. forebyggelse på sygehuse.

Sygehusets formidling af patienters behov for eller ønsker om at modtage tilbud om rygestoptilbud, motionstilbud eller tilsvarende, sendes til den alment praktiserende læge.

Patientundervisning ved OUH Svendborg Sygehus

Hjerterehabilitering

Målgruppe: Patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjerteklap-opererede eller patienter med hjerteinsufficiens

Ambulant hjerterehabilitering foregår på hold i 8 uger. Hvert patientforløb tilrettelægges individuelt
Indhold:

- Fysisk træning med det primære formål at øge iltoptagelsen, hvorfor hovedvægten lægges på konditionstræning og træningen af de store muskelgrupper.
- For de hjerteinsufficiente patienter tilstræbes det, at basere træningen på enkelte muskelgrupper, med korte træningspas og mange pauser
- Teoretisk undervisning, indeholdende bl.a. information om fysisk og psykisk udvikling ved hjertesygdomme
- Udslusning: de sidste 1-2 uger, indeholdende bl.a. test, refleksion, opfyldelse af mål, videre plan

Der afvikles ca. 9-10 hold i Faaborg, svarende til ca. 80 patienter pr år.

Diabetesskole

Med hensyn til antal hold på diabetesskolerne er der fra 9-13 hold årligt fordelt med:

4-6 i Svendborg

5-6 i Nyborg

1-2 på Ærø

Undervisningen følger det koncept som blev anvendt i Fyns Amt.

KOL skoler

Målgruppe: Patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse som følge af kronisk bronchitis og/eller emfysem.

Ambulant træning på hold i 8 uger. Holdforløbet tilrettelægges individuelt.

- Indslusning (Indkaldelse, forsamtale, test)
- Fysisk træning 2x1 time pr. uge med løbende vurdering af det individuelt planlagte træningsprogram
- Teoretisk undervisning 1x1 time pr. uge. Varetages primært af sygeplejerske, men der undervises i fysioterapeutiske emner under træningen.

Udslusning (Slutsamtale, test, planlægning af det videre træningsforløb)

Der afvikles KOL-rehabilitering ved OUH Svendborg Sygehus medicinsk afdeling M i Faaborg og i Svendborg. Forløbene er holdundervisning to gange ugentligt i otte uger. Der afvikles 14 hold pr år – ca. 140 patienter pr år.

Lungecancerskole

Der afvikles lungecancerskole, ved forløb af 3 timer om ugen i et fire ugers forløb. Skolen er også åben for pårørende. Der afvikles 10 hold om året, med mellem to og fem patienter samt en til to pårørende.

Demens

Geriatrisk afdeling forestår undervisning til pårørende til patienter med Demens to gange årligt.

OUH Odense Universitetshospitals tilbud i forhold til den patientrettede forebyggelse- og sundhedsfremmeindsats

Af Den Danske Kvalitetsmodel fremgår, at hospitalet skal iværksætte en systematisk patientrettet forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Indsatsen vedrører både en generisk og sygdomsspecifik indsats. De generiske tiltag vedrører systematisk opsporing af udvalgte risikofaktorer, som kan medvirke til at forværre og komplicere kroniske sygdomme. Patienterne informeres efter opsporing om risikofaktorens betydning for sygdomsudvikling og motiveres for og henvises til kommunale tilbud. OUH vil tidligst blive akkrediteret på indsatsen i forhold til udvalgte risikofaktorer i 2010.

Den sygdomsspecifikke forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats overfor patienter med kronisk sygdom er omfattende. Derfor beskrives alene den patientuddannelsesindsats, som foregår i patientskoleregii, og som har snitflader til det kommunale samarbejdsfelt.

Patientuddannelse på OUH Odense Universitetshospital.

OUH Odense Universitetshospital har i alt 22 patientskoler. Patientuddannelsen, som foregår på skolerne, er en del af OUH Odense Universitetshospitals behandlingstilbud og sigter på at styrke patientens egen rolle i forhold til håndtering og behandling af sygdommen. Målet er at optimere behandlingen og forebygge yderligere udvikling af sygdommen.

De fleste patientskoler retter sig mod patienter med en nyligt stillet diagnose, som kræver højt specialiseret behandling f.eks. for patienter med nydiagnosticeret sklerose og forskellige former for kræft. Bortset fra diabetesskolen kan der som hovedregel alene henvises til patientskolerne internt i hospitalet. Eksempler på tre store patientskoler for patienter med kroniske sygdomme ses nedenfor.

Patientskoler/afdeling	Målgrupper	Omfang og placering
KOL-rehabilitering, Lungemedicinsk afd. J	Lungepatienter med diagnosen Kronisk Obstruktiv Lungesygdom.	Rehabiliteringen strækker sig over syv uger, og foregår i Lungemedicinsk afd. J. Der gennemføres ca. fem forløb/år

		med 8-10 deltager
Diabetesskole for voksne Endokrinologisk afd. M	Patienter med diabetes, såvel type 1 som type 2, der kan forventes at få tilstrækkeligt udbytte af undervisning i en gruppe,	Et uddannelsesforløbet strækker sig over fire dage. Der gennemføres 30-35 forløb med i gennemsnit 10 deltagere. Uddannelsen foregår i Endokrinologisk afd. M
Hjertescole, Hjertemedicinsk afd. B	Forebyggelses- og efterbehandlingsforløb for patienter med åreforkalkning i kranspulsårerne	Et uddannelsesforløb strækker sig over 3 undervisningsseancer. Forløbene gentages ca. 20 gange årligt med max. 16 holddeltagere. Undervisningen finder sted i Hjertemedicinsk Ambulatorium, afd. B.

I 2007 blev der på OUH Odense Universitetshospital etableret et internt fagligt netværk for patientuddannelse bestående af repræsentanter for hospitalets patientskoler. Netværket har igangsat en proces med det mål at opbygge, videreudvikle og synliggøre evidensbaserede uddannelseskoncepter mhp:

- Optimale patientskoleforløb i hospitalets specialiserede patientforløb
- Organisatoriske rammer
- Økonomi og finansiering
- Uddannelsesprogrammer
- Pædagogisk metode
- Evalueringsprogrammer for undervisnings effekt

Målet er på basis af vidensopsamling og erfaringsudveksling i relation til ovennævnte at styrke OUH Odense Universitetshospitals indsats på patientskoleområdet og samarbejde om formidling af patientuddannelsesforløbene.

Netværket er pt. i færd med at udarbejde virtuel brugerinformation på: <http://www.ouh.dk/wm237001> som forventes tilgængelig for alle i august 2008.

Kvalitetsafdelingen, OUH har tovholderfunktionen

Faaborg-Midtfyn Kommune:

Faaborg-Midtfyn Kommune er udpeget som KRAM kommune og vil derfor have særligt fokus på KRAM faktorerne i 2008 og 2009.

Astma og allergi

Faaborg-Midtfyn Kommune har indgået aftale med Astma og Allergiforbundet om drift af astma og eksemskoler for børn.

Tidlig opsporing af kroniske lidelser

Faaborg-Midtfyn Kommune foretager opfølgende besøg hos private virksomheder i forsøget på en tidlig opsporing af patienter med kroniske lidelser.

Tidlig opsporing af fedme hos børn

Faaborg-Midtfyn Kommune giver systematiske besøg hos børn i 3-4 års alderen med henblik på at opspore fedmeproblematikker hos børn.

Spædbarnsvenlig kommune

Faaborg-Midtfyn Kommune opfylder betingelserne for at være en spædbarnsvenlig kommune og vil gerne indgå i et samarbejde jf. den danske kvalitetsmodel med OUH Svendborg for at fastholde akkrediteringen.

Patientskoler

Faaborg-Midtfyn Kommune etablerer fra den 1. september 2008 patientskoler jf. kommunes kronikerstrategi på følgende områder med op til 10 hold årligt på hvert område:

- Hjerteområdet
- KOL området
- Diabetes 2 området

Skolerne drives i Faaborg-Midtfyn Kommune i et tæt samarbejde mellem træningsområdet, sygeplejeområdet og sekretariatet for forebyggelse og sundhed og koordineres med regionens tilbud efter lægehenviisning.

Hjerterehabilitering

I samarbejde med Faaborg-Midtfyn Kommune og Hjerteforeningen afvikles projektet "*Gode rammer for hjerterehabilitering*". Man tilstræber bl.a. at implementere "I gang igen efter blodprop i hjertet", et koncept beskrevet af Hjerteforeningen og Region Midt – som har samlet erfaringer med socialt differentieret hjerterehabilitering. Hjerterehabiliteringen kører ikke længere udelukkende som holdundervisning, i stedet laves individuelle rehabiliteringsplaner og samtaler.

Individuel vejledning

Faaborg-Midtfyn Kommune yder individuel vejledning på såvel kostområdet som på motionsområdet efter lægehenviisning jf. udarbejdet kvalitetsstandard

Forløbskoordination til særligt sårbare kroniske patienter

Faaborg-Midtfyn Kommune yder specifik støtte til særligt sårbare patienter med kroniske lidelser jf. såvel kronikerstrategi som kvalitetsstandard.

Angst, stress og depressionskurser

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder efter lægehenviisning jf. kronikerstrategi og i samarbejde med frivillige foreninger angst, stress og depressionskurser.

Rygestop

Faaborg-Midtfyn Kommune tilbyder i samarbejde med apotekerne rygestopkurser. I øvrigt tilbydes rygestop i forbindelse med virksomhedsbesøg og i forbindelse med patientskolerne.

Krav 2: Sammenhæng mellem tilbud

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

Tværfaglig fødsels- og forældreforberedelse

I Svendborg Jordemodercenter afholder jordemødrene fødsels- og forældreforberedelse. Centret indgår et samarbejde med andre relevante faggrupper i kommunerne om undervisningen.

Ved at gøre fødsels- og forældreforberedelsen mere tværfaglig, vil den sundhedsfremmende effekt af indsatsen blive forstærket, og tilbuddet vil komme mange vordende forældre til gode.

Overvægtige gravide

Overvægt blandt gravide er et stigende problem, og overvægt er forbundet med væsentlig øget risiko for komplikationer i graviditeten og i forbindelse med fødslen.

Jordemodercentret i Svendborg samarbejder med nær-kommunerne om indsatsen i forhold til at forebygge overvægt blandt gravide. Tilbudet ønskes mere tværfagligt, f.eks. med deltagelse af sundhedsplejerske, fysioterapeut og psykolog/terapeut fra kommunerne.

Rygestoptilbud til gravide og deres mænd

Med henblik på en styrket indsats mod rygning i småbørnshjem koordineres rygestopindsatsen på dette område. Der knytter sig særlige problemstillinger til gravide rygere i forhold til bl.a. motivation, opfølgning, nikotin- substitution m.v., viser de erfaringer jordemødre og sygeplejersker har. Det er derfor relevant med et samarbejde med kommunerne om tilbuddene til denne gruppe. Dette spørgsmål bringes op i fødestedets midlertidige samarbejdsforum med kommunerne.

Faaborg-Midtfyn Kommune:

Bevægelse i Syddanmark

Faaborg-Midtfyn Kommune deltager i Bevægelse i Syddanmark. Bevægelse i Syddanmark er et samarbejde mellem kommuner og Region Syddanmark om at øge og fastholde fokus på fysisk aktivitet som en væsentlig del af forebyggelsesindsatsen.

Formålet med samarbejdet er at bidrage til metodeudvikling samt at beskrive mulige forebyggelsesindsatser med fysisk aktivitet, der kan indgå i konkrete kommunale handlingsplaner og langsigtede strategier.

Bevægelse i Syddanmark søger at øge sammenhængen mellem forskning og praksis. Afdelingen for Kommunesamarbejde, Region Syddanmark har således indgået en samarbejdsaftale med Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet, om medvirken i Bevægelse i Syddanmark.

Bevægelse i Syddanmark planlægger sammen med Syddansk Universitet og Dansk Sundhedsinstitut et forskningsprojekt om fysisk aktivitet med deltagelse af flere af kommunerne i regionen. Formålet er at udvikle, dokumentere og evaluere helhedsorienterede indsatser til fremme af fysisk aktivitet i hverdagen hos borgerne. De helhedsorienterede indsatser består af såvel individuelle som strukturelle tiltag omfattende organisatoriske og fysiske rammer.

Faaborg-Midtfyn kommune indgår i planlægningen af forskningsprojektet og ønsker mulighed for at overveje endelig deltagelse, når de nærmere kriterier for at indgå i projektet foreligger

Tværasektorielle projekter

Projektet "Gode rammer for hjerterehabilitering" er et 2 årigt projekt som kører i et samarbejde mellem OUH Svendborg Sygehus, Hjerteforeningen, Nyborg Kommune og Faaborg-Midtfyn Kommune.

Telemedicinsk projekt for KOL patienter er et projekt i samarbejde mellem OUH Svendborg Sygehus og Faaborg-Midtfyn Kommune i et forsøg på at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser – se tidligere.

"Det sunde liv" et telemedicinsk projekt i støbeskeen i et samarbejde med OUH Svendborg Sygehus for at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser på hjerteområdet – der er ansøgt om EU midler – se tidligere.

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.

Faaborg-Midtfyn Kommune ønsker at benytte sig af regionens rådgivningstilbud ad hoc og gennem deltagelse af temaarrangementer som regionen står for.

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.

Håndtering af arbejdsdeling mellem sygehus og kommune i relation til patientrettet forebyggelse og kronikerstrategien

Lokalt samordningsforum for OUH Fyns-området har nedsat et underudvalg vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme. Dette udvalg får til opgave, at forestå implementering af det regionale oplæg vedr. patientrettet forebyggelse indenfor patientgrupper med KOL, hjertelidelser og sukkersyge.

Det forventes at alle kommuner medvirker og i samarbejde relevante fagpersoner fra sygehuset sikrer en organisering, som kan honorere regionens standarder på området. Det forventes også, at det vil være de regionale koordinationsgrupper som udmelder standarder.

Krav 5: Formidling

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

Krav 6: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Specifikke aftalepunkter vedr. mennesker med sindslidelser

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).

Hovedfunktionsniveau

Sundhedsaftale på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer på Fyn – samarbejdsaftale vedr. alkoholbehandling/rusmiddelbehandling mellem Svendborg Kommune (entreprenør for Faaborg-Midtfyns Kommune) og Region Syddanmark

Aftalen beskriver målgrupperne for henholdsvis behandling i regi af kommunen (misbrugsbehandling) og behandling i regi af psykiatrisk afdeling (psykiatrisk behandling, herunder retspsykiatrien, hvis det er relevant). I aftalen ligger endvidere en udførlig beskrivelse af forløb og henvisningsprocedure på tværs af de to typer af tilbud. Det er modtagende instans (der hvor personen henvender sig), der har ansvar for henvisning til rette tilbud/behandling. Der er i aftalen desuden beskrevet udveksling af viden på området i form af undervisningsforløb på tværs, personale, der krydser tilbudene i arbejdet med målgruppen samt tilbud om konsulent ydelser.

Vedr. rusmiddelmisbrug

For patienter med behandlingsdom påhviler det overordnede behandlingsansvar retspsykiatrisk afsnit. Den daglige behandling beror i de konkrete tilfælde på gensidig aftale mellem den retspsykiatriske overlæge og behandlingscenteret. Ansvar for afgivelse af erklæringer til statsadvokaten påhviler retspsykiatrien.

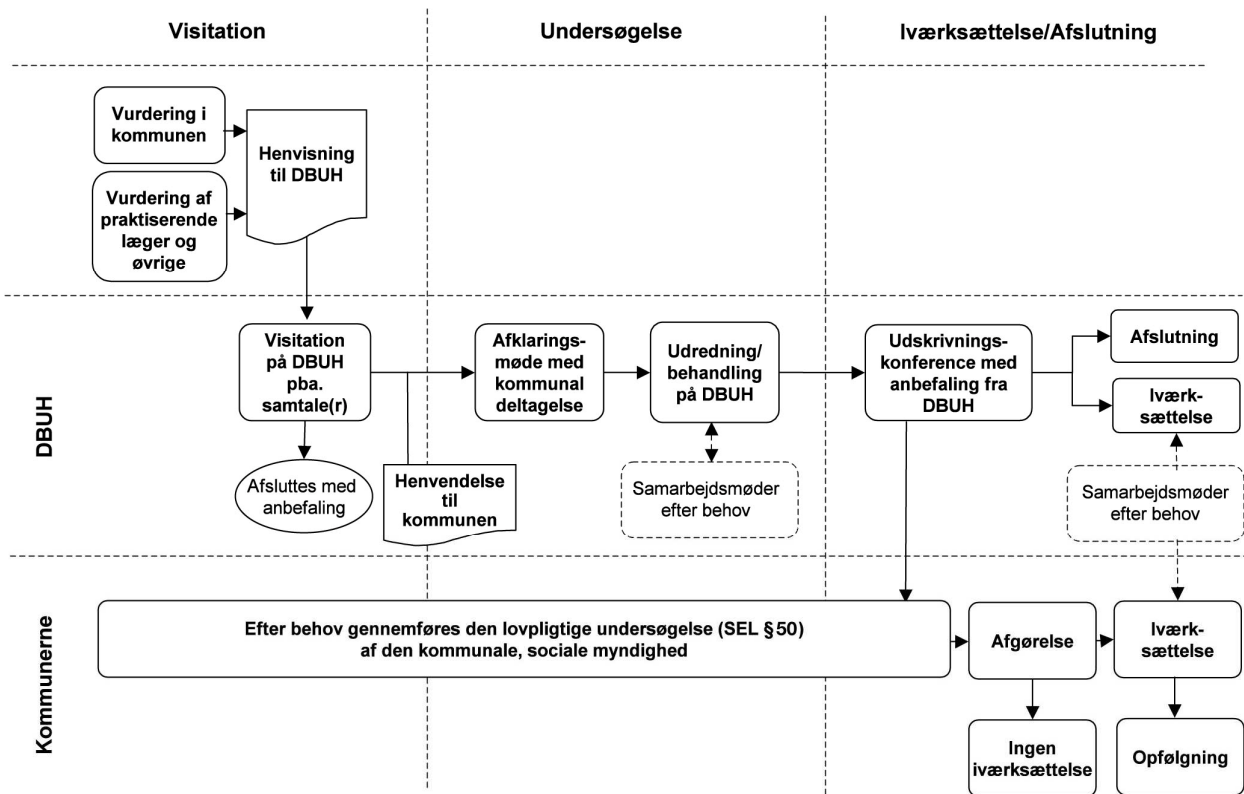
Substitutionsbehandling kan kun ske i regi af behandlingscenteret. Afvigelser herfra kan kun ske i forhold til behandlingsdømte personer, efter gensidig aftale i konkrete tilfælde mellem den retspsykiatriske overlæge og rusmiddelcenteret. Ved uenighed om visitering drøftes dette snarest direkte læge til læge.

Sundhedsaftale på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer på Fyn – samarbejdsaftale vedr. misbrugsbehandling på børn- og ungeområdet mellem de fynske kommuner og Region Syddanmark

Aftalen er indgået mellem Region Syddanmark og de fynske kommuner vedr. misbrugsbehandling af sindslidende børn og unge i alderen 0-17 år og beskriver eksisterende samarbejdspraksis mellem Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus, Rusmiddelcenter Odense Ungeafdelingen/Behandlingscenter Svendborg Ungeafdelingen og børne- og ungeforvaltningen i Faaborg-Midtfyns Kommune. Aftalen beskriver målgruppe, henvisningspraksis, udredning/visitation og behandling af børn og unge med sindslidelse og samtidig misbrug. Endvidere beskrives ansvars og initiativforpligtelse. Der er i aftalen desuden beskrevet udveksling af viden og erfaring mellem aftalens parter.

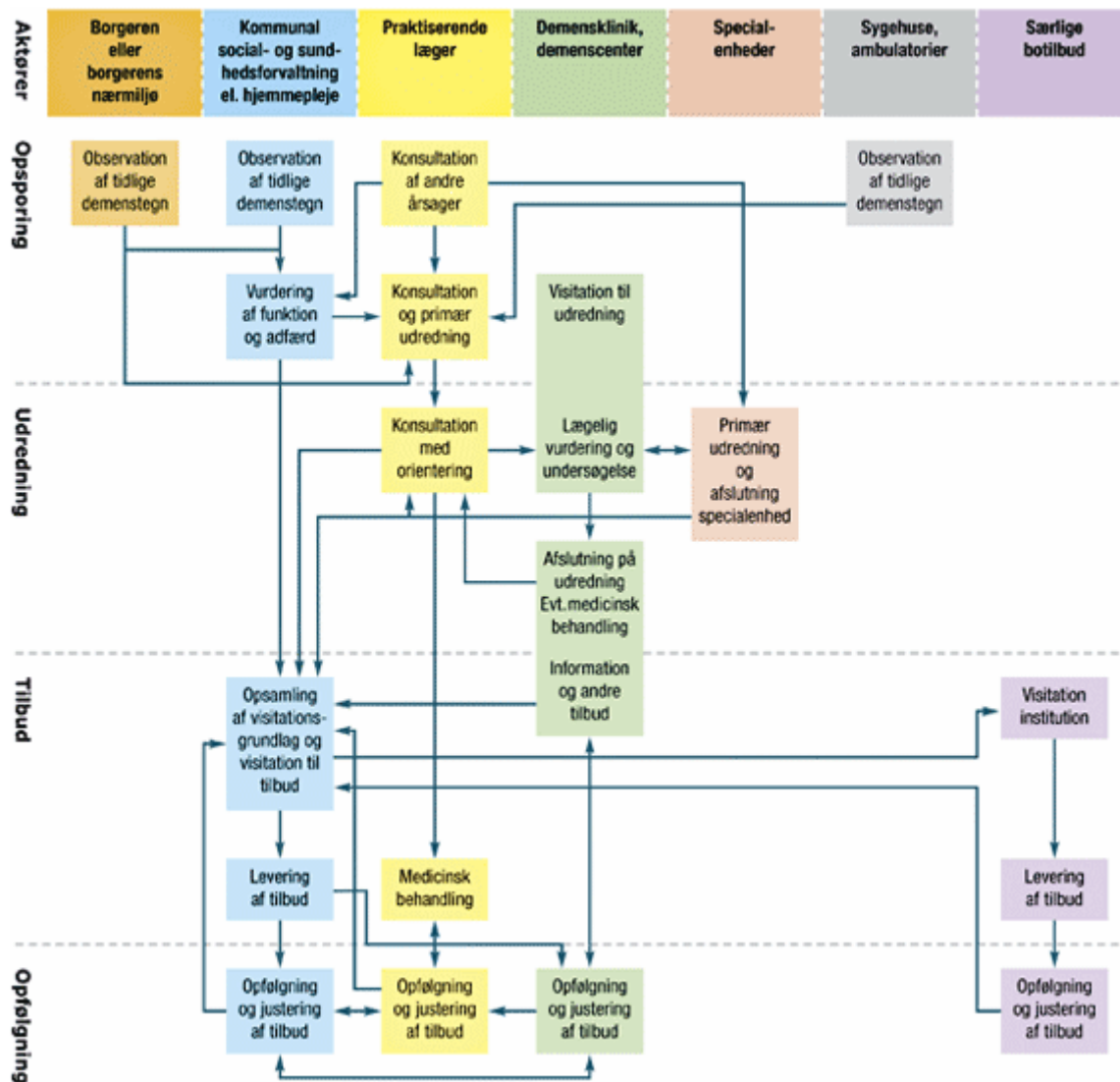
Substitutionsbehandling kan kun ske i regi af behandlingscenteret. Afvigelser herfra kan kun ske i forhold til behandlingsdømte personer, efter gensidig aftale i konkrete tilfælde mellem den retspsykiatriske overlæge og rusmiddelcenteret. Ved uenighed om visitering drøftes dette snarest direkte læge til læge.

Tværasektoriel samarbejdsmodel med henblik på et for barnet/den unge sammenhængende forløb
Faaborg-Midtfyns Kommune ønsker at tilslutte sig den tværasektorielle samarbejdsmodel på det børne- og ungdomspsykiatriske område i regi af det børne- og ungdomspsykiatriske hus Samarbejdsmodellen beskriver v.h.a. nedenstående figur arbejdsdelingen mellem kommunen og afdelingen.



Samarbejdsmodel på Demensområdet på Fyn

Kommunerne på Fyn har i samarbejde med det tidligere Fyns Amt udarbejdet en samarbejdsmodel, der bl.a. beskriver arbejdsdelingen, jf. oversigt:



Tilbud til børn og unge med selvmordstruende adfærd

Faaborg-Midtfyns Kommune ønsker fortsat at benytte tilbuddet fra klinikken for selvmordstruede børn og unge ved det børne- og ungdomspsykiatriske hus, og vil gerne indgå i en dialog omkring finansiering, når puljefinansieringen ophører ved udgangen af 2008.

Iværksættelse af samarbejdsaftaler på målgruppespecifikke områder

Der vil i sundhedsaftaleperioden 2008-2010 i et samarbejde mellem regionen og kommunerne blive udarbejdet fælles regionale samarbejdsaftaler på fire målgruppeområder; børne- og ungdomspsykiatri, gerontopsykiatri, oligofrenipsykiatri samt området for traumatiserede flygtninge. Det er hensigten at lave aftaler for samarbejdet på tværs af sektorer og kommuner med det formål at så meget som muligt vil være ens for alle borgere og samarbejdspartnere i regionen, men også således, at der vil være rum for tilhørende lokale aftaler, der i sagens natur tager højde for særlige lokale forhold eller behov. Regionen tager initiativ til igangsættelse af aftalerne.

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.

Hovedfunktionsniveau

Sundhedsaftale på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer på Fyn – samarbejdsaftale vedr. alkoholbehandling/rusmiddelbehandling mellem Svendborg Kommune og Region Syddanmark

Ved alkoholmisbrug

Den instans, som primært modtager og behandler patienter med alkoholmisbrug har behandlingsansvaret for patienten og visiteringsretten. Det indebærer, at de to respektive instanser psykiatrisk afdeling og alkoholbehandlingen skal modtage en henvist patient.

Den instans, der først kommer i kontakt med patienten, har ansvar for viderehenvvisning til relevant behandlingsregi. Modtages fra tredje instans henvisning, hvor behandling og udredning med overvejende sandsynlighed mest relevant sker i andet regi, omvisiteres med henvisers tilladelse hertil. Ved uenighed drøftes dette snarest direkte læge til læge.

Ved rusmiddelmisbrug

Den instans, der først kommer i kontakt med patienten, har ansvar for viderehenvvisning til relevant behandlingsregi. Modtages fra tredje instans henvisning, hvor behandling og udredning med overvejende sandsynlighed mest relevant sker i andet regi, omvisiteres med henvisers tilladelse hertil. Patienter kan have samtidige behandlingsforløb i behandlingscenteret og ambulant på afdeling P/retspsykiatrisk afsnit. Der skal i så fald være løbende kontakt mellem misbrugsbehandler og kontaktperson fra afdeling P/retspsykiatrisk afsnit, og lejlighedsvis kontakt mellem de behandlingsansvarlige læger.

Sundhedsaftale på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer på Fyn – samarbejdsaftale vedr. misbrugsbehandling på børn- og ungeområdet mellem de fynske kommuner og Region Syddanmark

Den instans, der først kommer i kontakt med patienten, har ansvar for viderehenvvisning til relevant behandlingsregi. Modtages fra tredje instans henvisning, hvor behandling og udredning med overvejende sandsynlighed mest relevant sker i andet regi, omvisiteres med henvisers tilladelse hertil.

Patienter kan have samtidige behandlingsforløb i et kommunalt behandlingscenter og ambulant på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Der skal i så fald være løbende kontakt mellem misbrugsbehandler og kontaktperson fra afdelingen, og lejlighedsvis kontakt mellem de behandlingsansvarlige læger.

Samarbejdsmodel på Demensområdet på Fyn

Samarbejdsmodellen indebærer, at en kommunal demenskoordinator orienteres om mennesker inden for målgruppen, der modtager behandling på regionens tilbud (udredning). På denne måde koordineres borgerens behov for eventuelle kommunale og regionale ydelser. I forhold til den regionale service indebærer aftalen én indgang for borgeren/kommunen.

Socialpsykiatriens adgang til direkte kontakt til vagten på psykiatrisk afdeling

Det er aftalt mellem Region Syddanmark og Faaborg-Midtfyns Kommune, at ledere af socialpsykiatriske tilbud og aktivitetstilbud i kommunen har mulighed for at kontakte vagten på psykiatrisk afdeling, der så kan henvise til indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

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.

Hovedfunktionsniveau

Samarbejdsmodel på Demensområdet på Fyn

I forlængelse af samarbejdsmodellen op demensområdet på Fyn, er der opbygget en internetbaseret portal, hvor alle oplysninger om området og målgruppen er indeholdt. Portalen er dynamisk og bruges både til udveksling af informationer, tiltag m.v. på området. Ligeledes ligger der på portalen diverse blanketter til kommunikation mellem samarbejdspartnere. I samarbejdsaftalen er ligeledes fastlagt med hvilke deadlines information mellem parterne skal udleveres.

Information og vejledning til patienter og pårørende er en meget vigtig opgave for alle involverede.

Et særligt tilbud til de pårørende er den demensskole, som Demenscentret og Demensklubben kan henvise til.

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.

Hovedfunktionsniveau

Tværsektoriel samarbejdsmodel med henblik på et for barnet/den unge sammenhængende forløb
Jf. Forløbsbeskrivelse afsnit 1.

Samarbejdsmodel på Demensområdet på Fyn

I samarbejdsmodellen er beskrevet, at den kommunale demenskoordinator senest 14 dage efter udredning for demens, skal orienteres med henblik på vurdering af behov for kommunale ydelser og/eller behandling. Ved akutte tilfælde orienteres koordinatoren med det samme. Proceduren gentages hver gang borgeren har været til opfølgende konsultationer.

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.

Hovedfunktionsniveau

Børn i familier med en sindslidende

Region Syddanmark og en række af regionens kommuner ønsker i fællesskab at styrke samarbejdet og kompetencerne på området for børn i familie med et menneske med en sindslidelse. Dette skal ske via fælles udviklingsprojekter, videns- og erfaringsudveksling. Der vil i fællesskab blive afsøgt muligheder for at søge finansiering til projektet via puljemidler.

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.

Det vurderes, at Faaborg-Midfyns Kommune og Region Syddanmark er dækket ind i forhold til grundaftalens beskrivelse.

Krav nr. 7 Opfølgning

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Hovedfunktionsniveau

Samordningsforum Fyn

Der afholdes 2 årlige møder. Regionen undersøger muligheden for, at det ene møde afholdes sammen med det somatiske samordningsforum.

Formålet med mødet er at drøfte emner af relevans for alle kommunerne i optageområdet, samt lave en generel opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem sygehusledelsen og kommunerne. Mødet kan kombineres med et fagligt arrangement om et aktuelt emne.

For regionen deltager sygehusledelsen og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For kommunerne i optageområdet deltager ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien. Sygehusledelsen indkalder til mødet; dagsordenen udarbejdes i et samarbejde mellem sygehusledelsen og repræsentanter for kommunerne i optageområdet.

Det enkelte forum skal bl.a.

- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv.
- Koordinere kapacitet i henholdsvis sygehus- og kommunalt regi
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver
- Følge op på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Behandle fortolkningsspørgsmål

Eksempler på, hvad der endvidere kan drøftes:

- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet
- Udveksling af information om ændringer i kapacitet, evt. som følge af rammeaftalen.
- Udveksling af informationer om aktivitetsmønsteret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Opfølgning på om der er uhensigtsmæssige forløb, der resulterer i gentagne indlæggelser.

Kommuneniveau

Der afholdes årligt to møder på hver af følgende målgruppeområder:

- Almenpsykiatri
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Gerontopsykiatrisk

Deltagere på møderne vil være den relevante psykiatriske afdelingsledelse og relevante kommunale ledere i et nærmere aftalt omfang

På møderne skal det drøftes, hvordan det går med samarbejdet – bliver der gjort det, der er aftalt hos hver især. Opleves der problemer omkring kommunikation, patientforløb m.m.? Hvordan sikres det gode patientforløb? Er der eksempler på typer af forløb, hvor der er behov for at drøfte samarbejdet?

Eksempler på, hvad der kan drøftes:

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

- Følge op på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver
- Aftale om klageadgang.
- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Udveksling af nærmere informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Behandle fortolknings spørgsmål