

Lokal Sundhedsaftale

Region Midtjylland og
Favrskov Kommune
2011-2014

Indledning

Favrskov Kommune og Region Midtjylland er enige om, at den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland, godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 10. juni 2010, udgør den fælles ramme for samarbejdet på sundhedsområdet. Det vil sige, at alle parter tilslutter sig de mål, krav, procedurer og den organisatoriske struktur, der angives i såvel den politiske som den sundhedsfaglige aftale.

Nærværende tillæg til den generelle aftale angiver præciseringer, justeringer og frivillige supplerende aftaler mellem Region Midtjylland – herunder hospital(er) og almen praksis – og kommunen samt i den klynge, kommunen indgår i.

Somatik:

Favrskov Kommune deltager både i Randersklyngen og i Silkeborgklyngen.

Silkeborgklyngen består af Silkeborg Kommune, Skanderborg Kommune, Favrskov Kommune, Hospitalsenheden Silkeborg og praksis.

Randersklyngen består af Regionshospitalet Randers og Grenaa, Randers Kommune, Norddjurs Kommune, Syddjurs Kommune, Favrskov Kommune og praksis.

Voksenpsykiatri:

Favrskov Kommune deltager i Århusklyngen, som består af Århus Kommune, Favrskov Kommune, Samsø Kommune, Århus Universitetshospital Risskov samt praksis.

Børne- og ungdomspsykiatri:

Favrskov Kommune deltager i Østklyngen, som består af kommunerne Odder, Hedensted, Horsens, Skanderborg, Silkeborg, Favrskov, Randers, Norddjurs, Syddjurs, Århus og Samsø, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og praksis.

Særlige tværgående udviklingsprojekter, der understøtter samarbejde på sundhedsområdet

Hospitalsenheden Silkeborg – Center of Excellence

Hospitalsenheden Silkeborg er udvalgt til at være Center of Excellence i Region Midtjylland. Dette indebærer, at Hospitalsenheden Silkeborg modtager visiterede akutte patienter i overensstemmelse med Region Midtjyllands retningslinjer, har døgnåben akutklinik¹ og skal være toneangivende i udviklingen af metoder til hurtigere udredning og behandling.

¹ Den døgnåbne akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg modtager akut visiterede patienter med mindre traumer og er bemandet af behandlersygeplejersker samt lægedækket.

Indledning

De fire kendetegn for Center of Excellence er:

- Attraktiv for patienten
- Høj faglig kvalitet og tværfaglig ekspertise
- Innovativt hospitalsmiljø
- Normsættende

Udvikling af forløbene i Center of Excellence udarbejdes i samarbejde med praktiserende læger og klyngekommuner. Den lokale styregruppe for Silkeborgklyngen har nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe herom.

Implementering af opfølgende hjemmebesøg i Silkeborgklyngen

Hospital, kommuner og almen praksis i Silkeborgklyngen er enige om at igangsætte implementering af opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter for at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb og for at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

Ideen til opfølgende hjemmebesøg kommer fra Glostrup modellen, som har vist, at opfølgende hjemmebesøg nedbringer genindlæggelsesfrekvensen med 23 %. Desuden får egen læge bedre overblik over patientens medicinske behandling, og der bliver fulgt bedre op på anbefalingerne i epikrisen.

Formål

Opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter er en del af Region Midtjyllands kronikerindsats. Formålet hermed er bl.a. at anvende evidensbaserede tiltag, der er medvirkende til at sikre en samlet koordinerende, tværfaglig og tværsektoriel indsats for borgere med kronisk sygdom, idet ældre, skrøbelige medicinske patienter ofte har flere kroniske sygdomme, hvilket fordrer et sammenhængende patientforløb.

Organisering

Der er nedsat en styregruppe og en arbejdsgruppe til implementering af opfølgende hjemmebesøg i Silkeborgklyngen. Arbejdet er påbegyndt primo september 2010. Regionshospitalet Viborg, Skive indgår ligeledes i dette arbejde.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) yder implementeringsstøtte under idriftsættelsen af interventionen i Silkeborgklyngen.

Implementering af opfølgende hjemmebesøg i Randersklyngen

Beslutning om at igangsætte implementering af opfølgende hjemmebesøg i Randersklyngen i aftaleperioden drøftes, når DSI-rapportens resultater foreligger. Delrapporten fra Vestklyngen foreligger i foråret 2011. Muligheden for at implementere opfølgende hjemmebesøg drøftes således på det efterfølgende Klyngestyregruppemøde.

Favrskov sundhedscenter

Favrskov Kommune har etableret Favrskov Sundhedscenter, Hadsten. Endvidere er det besluttet at etablere et sundhedscenter i Hammel. Favrskov Sundhedscenter danner rammen om en bred vifte af sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tiltag. Favrskov Kommune og Region Midtjylland er enige om løbende at se på mulighederne for at placere relevante, regionale tilbud i Favrskov Sundhedscenter. Aktuelt er der således indgået aftale om brug af lokaler i Favrskov Kommune i forhold til praksisdiætister fra Region Midtjylland og jordemødre fra Hospitalsenheden Silkeborg. Ligeledes arbejdes der på en tilsvarende aftale med jordemødre fra Regionshospitalet Randers og Grenaa i Favrskov sundhedscenter, Hadsten.

Indlæggelse og udskrivelse

Indlæggelse

Administrativ del

Implementering af I-S-B-A-R (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd)

(jf. afsnit 2.2 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation om patientbehandling mellem sundhedspersonale. Formålet er en øget inddragelse af sygeplejemæssige overvejelser i kommunerne, når indlæggelse af borgere overvejes.

ISBAR står for:

Identifikation: Identificering af patienten (og evt. afsenderen, hvis der ikke er øjenkontakt mellem afsender og modtager)

Situation: En kort og præcis fremlæggelse af problemstillingen

Baggrund: Den kliniske baggrund fx indlæggelsestidspunkt og -årsag

Analyse: Afsenderens fortolkning af ovenstående

Råd: Afsenderen giver eller beder om et råd fra modtageren

Parterne i Silkeborgklyngen og parterne i Randersklyngen er enige om, at metoden I-S-B-A-R implementeres gennem fælles kompetenceudvikling og vidensdeling i løbet af 2011.

Andre særlige initiativer, som er aftalt lokalt

Randersklyngen: Udviklingsprojekt – samarbejde om fast vagt

Målgruppen for projektet er patienter med kommunikationsvanskeligheder f. eks. udviklingshæmmede og demente patienter. Kommunen og hospitalet udarbejder i fællesskab en model for samarbejdet om fast vagt til patienter med kommunikationsvanskeligheder som beskriver:

- det tætte samarbejde mellem hospital og kommune, når patienten skal have fast vagt (hospital, plads i kommunen eller hjemmet)
- fast vagt/ledsager medfølger fra kommunen/institutionen/pårørende efter gældende aftaler
- hos patienter, der SKAL have fast vagt på hospitalet, kan en fast vagt på hospitalet fra kommunen/institutionen aftales
- afregning fra hospitalet til kommunen/institutionen for den faste vagt – hvor andet ikke er aftalt
- hospitalet kan kontakte kommunernes demenskonsulenter for rådgivning i den aktuelle patientsituation under indlæggelse (telefonnumre opgives)

Kommunens alternative muligheder til indlæggelse:

SE dette link:

<http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/den+generelle+aftale>

Sundhedsfaglig del

Medgivelse af medicin ved udskrivelse – dosisdispensering

(jf. afsnit 6 i den sundhedsfaglige del af den generelle sundhedsaftale om udskrivelse)
Parterne i Silkeborgklyngen er enige om, at proceduren for medicinudlevering ved udskrivelse følges, men med den tilføjelse at afbestilling af dosisdispensering ved indlæggelse beror på en konkret individuel vurdering.

Ligeledes ønsker Favrskov Kommune, at evt. seponering af dosisdispenseret medicin i forbindelse med indlæggelse på Regionshospitalet Randers og Grenaa finder sted efter en konkret individuel vurdering.

Udskrivelse

Sundhedsfaglig del

Randersklyngen Demenskonsulenter

Demenskonsulenterne i kommunen er ressourcepersoner for hospitalet i forbindelse med udskrivelse. Kontaktoplysninger til kommunens demenskonsulenter kan findes på www.praksis.dk.

Andre særlige initiativer, som er aftalt lokalt eller i klyngen

Shared Care Team i Silkeborgklyngen

Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner samt Hospitalsenheden Silkeborg har indgået aftale om Shared Care Team. Samarbejdet om Shared Care Teamet tager udgangspunkt i det excellente patientforløb. Teamet er et tværfagligt og tværsektorielt team, der har fokus på borgere med behov for særligt sammenhængende undersøgelses-, behandlings-, pleje- og rehabiliteringsforløb.

Formål

Formålet med teamet er at sikre, at patientens overgange mellem hjem/hospital/hjem bliver så smidig som muligt, så patienterne ikke oplever sektorgrænser samt at undgå/afkorte indlæggelser. Patienten skal opleve et patientforløb kendetegnet ved en god indlæggelse og en god udskrivning til hjemmet, hvor kommunikation, koordinering og kontinuitet indgår som nøgleord.

Opgaver

Shared Care Teamets opgaver er:

- Forebygge indlæggelser

Indlæggelse og udskrivelse

- Afkorte indlæggelser
- Koordinere komplicerede udskrivelser

Målgruppe

Shared Care Teamets målgruppe er:

- Infektioner kombineret med dehydrering
- Demente – f.eks. samtale med pårørende ift. undersøgelses- og behandlingsniveau
- Kroniske smerter – f.eks. optimering af smertebehandling via ambulante besøg i stedet for at borgeren skal indlægges i en periode
- Causa socialis
- Kronisk syge ift. udredning for evt. malign lidelse eller ved forværring af sygdommen
- Borgere der ikke ønsker indlæggelse
- Second opinion ift. egen læge

Finansiering

Region Midtjylland og Hospitalsenheden Silkeborg finansierer ordningen med 750.000 kr. årligt. Den resterende halvdel på 750.000 kr. deles mellem de tre kommuner, der indgår i ordningen, fordelt efter forbrug.

Evaluering

Efter fælles aftale blev Shared Care Teamet evalueret i 2009 for at afdække:

- hvordan Shared Care Teamet arbejder,
- hvad teamets styrker og svagheder er,
- hvordan patienter og pårørende opfatter udskrivningsforløb med Shared Care Teamet,
- hvordan Shared Care Teamet blev implementeret samt
- hvorfor primærsektor ikke i særligt omfang bruger Shared Care Teamet til forebyggelse af indlæggelser

Organisering

På baggrund af evalueringen er der nedsat en udviklingsgruppe, der ultimo 2010 kommer med konklusioner og anbefalinger til klyngestyregruppen, hvorefter en yderligere implementering af nye tiltag vil blive iværksat.

På baggrund af udviklingsgruppens arbejde genforhandles aftalen med udgangen af 2011.

Fokus på samarbejde om ernæring ved indlæggelse og udskrivelse i Randersklyngen

Viden om ernæringens betydning i behandlingen af sygdom og i efterforløbet med reducere i mortalitet, komplikationer, indlæggelse og indlæggelsestid er veldokumenteret. Det er derfor vigtigt, at personalet i kommunerne og på hospitalet har viden og

kompetencer om ernæring for at skærpe opmærksomheden om ernæringens betydning for patienternes/borgernes forløb. Randersklyngen er enige om, at sætte fokus på samarbejdet mellem hospital og kommuner om patientens/borgerens ernæring ved indlæggelse og udskrivelse.

Ligeledes ønsker Favrskov Kommune, at der i samarbejdet med Hospitalsenheden Silkeborg sættes fokus på patientens/borgerens ernæring ved indlæggelse og udskrivning.

Udgående funktioner

(jf. afsnit 2 i den sundhedsfaglige del af den generelle sundhedsaftale)

Hospitalsenheden Silkeborg

På Hospitalsenheden Silkeborg er følgende udgående funktioner:

- *Palliativt Team* – et tilbud til uheldredeligt syge mennesker. I den palliative indsats indgår ydelser som forebyggelse og lindring af smerter, vurdering og behandling af symptomer af fysisk, psykisk og social art samt varetagelse af eksistentielle problemstillinger. Det palliative team er tværfagligt.
- *Udadgående lungesygeplejerske* – et tilbud til patienter,
 - med KOL fra moderat over svær til meget svær grad
 - hvor der findes svære, komplekse behov, hvor mestringssevnen er lav, funktionsniveauet er lavt, samt graden af socialt netværk og psykosociale forhold i øvrigt henleder til mere intensiveret og tværfaglig støtte
 - som lider af andre lidelser eller sygdomme udover KOL og som typisk har haft to eller flere akutte indlæggelser for KOL opblussen inden for det sidste år

Funktioner for lungesygeplejersken:

- Varetage hjemmebesøg efter individuel vurdering hver 3.-6.mdr.
- Justerer og vejlede ift. ilt i eget hjem
- Vejlede, informere, undervise patienten og evt. inddrage pårørende i anvendelse af inhalationsmedicin, kost, motion, rygestop mv.
- Telefonkonsultation ved behov
- Vejlede samarbejdspartnere
- I samarbejde med patienten ud fra individuelle behov at koordinere tværfaglig og tværsektoriel behandling og rehabilitering samt sikre opfølgning og evt. justering af initiativerne
- *Shared Care* – se beskrivelse af Shared Care Team i Silkeborgklyngen oven for
- *Hjemmefødsler*
- *Sårpleje – telemedicin:*
 - Udredning, vurdering og behandling af patienter med sårhelingsproblemer og stomiproblemer
 - Faglig sparring mellem sårsygeplejersker på Hospitalsenheden Silkeborg, sårsygeplejersker i kommunen, hjemmeplejen og praktiserende læger via telemedicinsk sårjournal

Indlæggelse og udskrivelse

- *Mobillaborantordning:* et tilbud, der retter sig mod ældre borgere i eget hjem eller på plejehjem, der er forhindret i at møde op på regionshospitalet i forbindelse med blodprøvetagning. I stedet kommer en bioanalytiker fra hospitalet ud i den ældres hjem og tager de fornødne prøver
- *Åben telefon:* Det medicinske bookingcenter har et tilbud med 'åben' telefon, hvor sygeplejersker fra kommunen og almen praksis kan ringe og få sygeplejefaglig sparring

Se detaljerede beskrivelser af de udgående funktioner på www.rm.dk

Regionshospitalet Randers og Grenaa

På Regionshospitalet Randers og Grenaa er følgende udgående funktioner:

- *Det palliative team:*
 - Det palliative team varetager den specialiserede lindrende behandling af palliative patienter i hjemmet, ambulant og under indlæggelse, samt støtte til deres pårørende
 - Behandlingen foregår i et samarbejde mellem de forskellige personalegrupper på hospitalet, patientens egen praktiserende læge og hjemmeplejen
 - Tilbud om rådgivning og undervisning til samarbejdspartnerne i den primære og den sekundære sundhedssektor
 - Ved henvisning fra praktiserende læge ses patienten ambulant, ved hjemmebesøg eller der gives telefonisk rådgivning/vejledning til praktiserende læge/hjemmeplejen
 - Det palliative team er koordinerende i forhold til samarbejdspartner, praktiserende læge/hjemmesygeplejerske
 - Opfølgning telefonisk
 - Hjemmebesøg eller ambulant efter behov
 - Undervisning i specielle procedurer
 - Samarbejde om planlægning af hensigtsmæssig udskrivelse
 - Efter aftale er der mulighed for hjemmebesøg senere i forløbet, men pga. det geografisk store optageområde, er opfølgningen primært telefonisk
 - Lægeressourcer bruges til nyhenviste patienter, opfølgning på patienter med komplekse problemstillinger, samt tværfaglig konference om patienterne
- *Mobil bioanalytiker:*

Blodprøvetagning og EKG optegnelse på immobile personer i eget hjem og på plejehjem før og efter indlæggelse, udskrivelse samt ambulant besøg. Ydelsen kan kun bestilles af praktiserende læger.

Se detaljerede beskrivelser af de udgående funktioner på www.rm.dk

Børn, unge og gravide

Politisk del

Sundhedsplejersketelefonen

(jf. afsnit 3.2 i den politiske del af den generelle sundhedsaftale)

Favrskov Kommune tiltræder aftalen om sundhedsplejersketelefonen, hvor Region Midtjylland og kommunerne i regionen fællesfinansierer driften – Region Midtjylland 50 % og kommunerne 50 %

Sundhedsfaglig del

Randersklyngen

Ved udskrivelse orienteres familien om, at de kan henvende sig til det udskrivende afsnit (fødegangen, barselsafsnit eller Hotellet) indtil de har haft kontakt med sundhedsplejersken 5-7 dage efter udskrivelsen.

Se pjecen: "Værd at vide - en forældreinformation – de første dage efter fødslen". Pjecen kan findes på regionshospitalets hjemmeside og via dette link:

<http://www.regionshospitalet-randers.dk/files/Hospital/Randers/Patienthotellet/Foldere/INFO%20720%20Forældreinformation%20-%20værd%20at%20vide%20de%20første%20dage%20efter%20fødslen%20Juni%202009.pdf>

Administrativ del

Aftale om sammenhængende forløb ved udskrivelse i forbindelse med normal fødsel

(jf. afsnit 3.1 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Af den generelle sundhedsaftale fremgår, at *sundhedsplejen besøger/kontakter familien i den første uge efter udskrivelsen.*

Sundhedsplejen i Favrskov Kommune kontakter familien telefonisk 2-4 dage efter, at familien er kommet hjem fra hospitalet. Herefter tilbydes besøg ved sundhedsplejerske ca. 1 uge efter fødslen. Hvis barnet ikke er i trivsel ved første besøg tilbydes et behovsbesøg med henblik på supplerende vejledning.

Andre særlige initiativer, som er aftalt lokalt eller i klyngen

Tilbud på Hospitalsenheden Silkeborg

Tilbud til alle gravide:

Ambulant barselsklinik som er et tilbud til alle fødende den 1. uge efter fødslen eller indtil sundhedsplejersken har besøgt familien. Tilbuddet omfatter telefonisk rådgivning samt mulighed for ambulant konsultation.

Tilbud til sårbare gravide

Fødeafdelingen på Regionshospitalet Silkeborg har etableret et udvidet tilbud til den sårbare gravide, som sætter fokus på at forberede og støtte den sårbare gravide og sårbare familie i forløbet under graviditeten og efter fødslen.

Tilbuddet til den sårbare gravide indeholder udover afdelingens øvrige tilbud:

- Graviditets- og fødselsforberedelsesgrupper for de sårbare
- UNGE-gruppen – mødes ca. en gang om måneden
- Aftaler om at besøg i uge 32 foregår på fødegangen, hvor fødslen gennemgås og man ser fødestuen
- Afsluttes med at hilse på en af de sygeplejersker, der primært er tilknyttet de sårbare familier
- Jordemoderkonsultation med 2 specialuddannede jordemødre med særlige kompetencer i forhold til sociale problematikker

Målgruppen er: gravide,

- med tidligere eller aktuelle psykiske/psykiatriske lidelser
- med begrænsede intellektuelle ressourcer
- med traumer efter vold, incest eller tortur
- med tidligere eller aktuelt misbrug
- unge under 18 år
- med massive sociale problemer (fx ingen bolig, andet barn anbragt udenfor hjemmet osv.)
- med sprogproblemer OG samtidigt sociale problemer
- ikke ALENE f.eks. medicinsk behandlet depression
- ikke velfungerende indvandrere

Den gravide visiteres på baggrund af lægebrevet og enkelte via scanningsjordemoder, socialforvaltning og andre jordemødre.

Tilbud til overvægtige gravide

Regionshospitalet Silkeborg tilbyder et kursus til alle gravide, der har et bodymass-index (BMI) over 27. Kurset fokuserer på at begrænse vægtstigningen under graviditeten med formålet at øge sundheden for både mor og barn, nedsætte risikoen for både svangerskabsforgiftning og graviditetssukkersyge og for komplikationer under fødslen. På kurset arbejdes med fokus på sund og fedtfattig mad, motion, sammenhængen mellem mad og følelser.

Andre tilbud til gravide:

- Rygestoptilbud til gravide
- Tilbud om motion i vand til gravide – der er tilbud om motion i varmtvandsbassiner i Silkeborg, Skanderborg, Hammel, Ans og Hinnerup. Træningen er i hold på ca. 15 gravide og forløber én gang om ugen i 6 uger.

- Tilbud om akupunktur – der tilbydes akupunktur til gravide med følgende graviditetsgener som kvalme, bækkensmerter, sovende fingre, svære væskeophobninger, ischiasproblemer og søvnbesvær.
- Informationseftermiddagene: "Klar til Graviditet", "Klar til Barn", "Klar til Fødsel" – Her kan man få svar på spørgsmål og sidste ny viden på området. Der er ingen tilmelding, man møder bare op.

Tilbud på Regionshospitalet Randers og Grenaa

Indsats for sårbare gravide

Sårbare gravide kategoriseres i niveau 3 eller 4 (jævnfør sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg). Gravide der skal føde på Regionshospitalet Randers og Grenaa følges i Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling's sårbarteam, som består af to obstetrikere, en barselssygeplejerske samt en jordemoder. Alt efter omfanget af sårbarhed samarbejdes med sundhedsplejersker og sagsbehandlere i den gravide kvindes hjemkommune. Det tilstræbes, at behovet for støtte til den nybagte familie så vidt muligt er afklaret i løbet af graviditeten.

Indsats for gravide rygere

Alle gravide kvinder, der ryger, tilbydes rygeafvænnning ved en jordemoder, der er uddannet rygestopinstruktør. Tilbuddet afpasses den enkelte kvindes ønsker og behov. Der kan være tale om enten gruppeforløb eller individuelle rygestopkonsultationer, hvor partneren så vidt muligt medinddrages. Det prioriteres at følge op på udeblivelser fra aftalt konsultation.

Jordemoderen forsøger altid at motivere til rygeophør på den gravide kvindes præmisser. Har den gravide kvinde f. eks. ikke mulighed for at møde fysisk op i jordemodercenteret, er der mulighed for telefonrådgivning/opfølgning, eller der henvises til alternative rygestoptilbud i regionen.

Gravide misbrugere

Mulighed for kontakt til ekspertviden på hospitalet ved forløb med gravide misbrugere og henvisning til det kommende Familieambulatorium.

Hensigtserklæring vedr. placering af jordemødre og sundhedsplejersker

Med henblik på at styrke samarbejdet omkring gravide borgere og nyfødte er Favrskov Kommune, Regionshospitalet Randers og Grenaa og Hospitalsenheden Silkeborg enige om, at det vil være hensigtsmæssigt, at jordemødre og sundhedsplejersker så vidt det er praktisk muligt på sigt tilknyttes den samme lokalitet i Favrskov Kommune.

Træning

Politisk aftale

Audit i Silkeborgklyngen

Samarbejdspartnerne i Silkeborgklyngen gennemfører årligt audit på genoptræningsområdet. Audit kan have fokus på f.eks. genoptræningsplanernes kvalitet og genoptræningsforløb for særlige patientgrupper.

Audit i Randersklyngen

Der gennemføres en audit i relation til den specialiserede genoptræning, genoptræning under indlæggelse og almindelige genoptræning - i lighed med audit der er gennemført i relation til registreret færdigbehandlede patienter.

Administrativ aftale

Planlægning og kapacitet

(jf. afsnit 5 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Samarbejdspartnerne i Silkeborgklyngen og samarbejdspartnerne i Randersklyngen er enige om at anvende aftalen om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse i disse situationer.

Andre særlige initiativer, som er aftalt lokalt eller i klyngen

Genoptræningsplaner som dynamisk blanket i Randersklyngen

Jf. afsnit om "Det gode elektroniske patientforløb" – Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler.

Sundhedsfaglig aftale

Information om slutstatus parterne imellem

(jf. afsnit 4 i den sundhedsfaglige del af den generelle sundhedsaftale)

Samarbejdspartnerne i Silkeborgklyngen og i Randersklyngen er enige om, at man som udgangspunkt ikke ønsker at modtage slutstatus i forbindelse med afslutning af genoptræningsforløb og fremsendelse af denne til egen læge.

Procedure ved modtagelse af genoptræningsplan, der ikke er udfyldt fyldestgørende

(jf. afsnit 4 i den sundhedsfaglige del af den generelle sundhedsaftale)

Følgende er aftalt i den generelle aftale:

Er en genoptræningsplan ikke udfyldt fyldestgørende, kan det pågældende hospital kontaktes telefonisk eller genoptræningsplanen kan sendes tilbage med henblik på skriftlig afklaring af tvivlsspørgsmål (samme formulering findes i den administrative del, afsnit 4).

Parterne i Silkeborgklyngen og i Randersklyngen er enige om, at dette ikke må være medvirkende til, at borgerens/patientens genoptræningsforløb forsinkes.

Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Politisk del

Etablering af lokal samarbejdsstruktur på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler i klyngen

(jf. afsnit 2 i den politiske del af den generelle sundhedsaftale)

Silkeborgklyngen: Samarbejdsparterne i Silkeborgklyngen er enige om, at der etableres en lokal tværgående samarbejdsstruktur på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler inden udgangen af 2011. Gruppen sammensættes af både kommunale og regionale terapeuter og sygeplejersker.

Randersklyngen: Kommunerne i Randersklyngen og Regionshospitalet har nedsat en arbejdsgruppe på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler. Gruppen er sammensat af både kommunale og regionale terapeuter.

Administrativ del

Andre særlige initiativer, som er aftalt lokalt eller i klyngen

Høreområdet i Randersklyngen

I Randersklyngen vil der være fokus på høreområdet. Samarbejdsorganet på høreområdet har ultimo 2010 nedsat en analysegruppe, der analyserer ventetid og udgifter.

Der udarbejdes en fælles kommunal og regional information til borgeren om anskaffelse af høreapparater med fokus på, hvem der leverer, hvilke ydelser og hvor.

Sundhedsfaglig del

Fælles ansvar hospital og kommune - samarbejdsaftaler som ikke tydeligt fremgår af den gældende lovgivning på området

(jf. afsnit 2.3 i den sundhedsfaglige del af den generelle sundhedsaftale)

Silkeborgklyngen: Parterne i Silkeborgklyngen er enige om at tiltræde samarbejdsaftale 2.3.12 i det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Randersklyngen: Afklaringskatalogets samarbejdsaftale 2.3.12 følges med registrering af hjælpemidler og kørsel i forbindelse hermed i kommunerne for at afdække omfanget af type af hjælpemidler og økonomi. Slutdato for registreringsperioden fastsættes på møde i december 2010. Registreringsgrundlaget danner baggrund for endelig stillingtagen til samarbejdsaftalen i Klyngestyregruppen.

Sundhedsfremme og forebyggelse – herunder patientrettet forebyggelse

Administrativ del

Den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem region og kommune (jf. afsnit 3 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Hospitalsenheden Silkeborg

Patientskoler:

Patientskolerne udvikles på baggrund af forløbsprogrammerne (som Region Midtjylland og kommunerne har udviklet i samarbejde) med fokus på tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af borgere med følgende kroniske diagnoser KOL, Type 2 diabetes mellitus, og iskæmisk hjertesygdom.

Der er på Regionshospitalet Silkeborg etableret:

- Lungeskole
- Diabetes skole
- Hjerterehabileringsforløb

Forløbene i patientskolerne koordineres med de enkelte klyngekommuners tilbud. Se afsnit 4.2.1 vedr. forløbsprogrammer.

Favrskov Kommune

Favrskov Kommune har følgende forebyggelsestilbud udover forløbsprogrammer:

Patientuddannelse Lær at leve med kronisk sygdom

Lær at leve med kronisk sygdom er et undervisningsforløb målrettet borgere med kronisk sygdom og deres pårørende. Programmet er udviklet på Stanford Universitetet i USA.

Formålet med undervisningen er at give borgere med kronisk sygdom og deres pårørende inspiration til, hvordan de kan håndtere de problemer og udfordringer, som følger med kronisk sygdom.

Rygestopkursus

Rygestopkursus gennemføres i en gruppe og individuelt. Kurset ledes af en uddannet rygestopinstruktør. Der arbejdes med emner som helbredsfordele ved rygestop, vægt og rygestop, fastholdelse af rygestop samt nikotinerstatning.

Kostkonsulent på ældreområdet

Kostkonsulenten varetager individuel diæt- og kostrådgivning af ældre borgere (65+) i Favrskov Kommune, herunder også rådgivning i forhold til småtspisende borgere.

Der skal foreligge diætetisk problemstilling, derfor sker henvendelse via den kommunale visitation, sundhedspersonale eller læge.

Ved henvendelse oplys venligst:

1. Borgers navn, cpr-nr. og kontaktoplysninger
2. Vægt, højde og evt. vægtudvikling
3. Henvisningsårsag (f.eks. diabetes, dyslipidæmi etc.)
4. Relevante laboratoriedata (f.eks. HbA1c, lipidprofil etc.)

Detaljeret beskrivelse af forebyggelsestilbud findes på www.praksis.dk

De lokale sundhedsaftaler kan indeholde aftaler om den konkrete arbejdsdeling vedr. indsatserne i forhold til KRAM-faktorerne

(jf. afsnit 4.1 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Randersklyngen

I Randersklyngen vil der være opmærksomhed på, hvilke konsekvenser det får i kommunerne, at der i Den danske Kvalitetsmodels er krav til hospitalet om systematiske screening af patienterne for KRAM-faktorer.

Samarbejde om rygestopforløb i Silkeborgklyngen

Samarbejdsparterne i Silkeborgklyngen har indgået samarbejdsaftale om rygestopforløb.

Rygestoptilbud udbydes individuelt og i grupper og er 1. juni 2009 overflyttet fra Hospitalsenheden Silkeborg til Skanderborg, Silkeborg og Favrskov kommuner. I den forbindelse er hospitalets rygestopambulatorium nedlagt. En undtagelse herfra er hospitalets Jordemodercenter, samt de patienter, der falder ind under kronikerforløbet for hjertekarsygdom, hvor kurser og registrering fortsætter uændret indtil andet aftales.

Nedenfor følger en beskrivelse af henvisningsgangen udarbejdet i samarbejde mellem Hospitalsenheden Silkeborg og kommunerne i klyngen.

Arbejdsgange i hospitalsregi:

Voksne patienter tobaksscreenes for deres rygevaner ved kontakt med hospitalet. Ambulante patienter får foretaget en faglig vurdering af, hvorvidt screening er relevant på kontakttidspunktet.

Patienter med et længerevarende indlæggelsesforløb og som er i gang med et begyndende rygestopforløb ved udskrivelsestidspunktet skal viderehenvises til kommunens rygestopinstruktører til fortsat opfølgning. Hospitalet vil efter konkret aftale med patienten telefonisk kontakte hjemkommunes rygestopkonsulent og orientere om det konkrete forløb.

Patienter med kortere indlæggelsesforløb eller ambulante forløb informeres via folderen: "Vil du være røgfri" udgivet af Region Midtjylland. Folderen angiver de forskellige muligheder, som kommunerne har.

Arbejdsgang i kommunerne

Kommunerne modtager en henvendelse fra hospitalet med kontaktoplysninger på en patient, der ønsker et rygestoptilbud. Maksimalt 14 dage efter udskrivelse fra hospitalet, vil patienten blive kontaktet pr. telefon eller pr. brev af kommunen med information om det nærmeste konkrete rygestopkursus eller tilbud om individuelt rygestopforløb.

Afslutning

Der er aftalt revision af aftalen primo 2011.

Samarbejde om rygestopforløb i Randersklyngen

Regionshospitalet Randers og Grenaa og Favrskov Kommune har indgået aftale om følgende arbejds- og henvisningsgang fra 1. august 2008 vedrørende rygestopindsatsen for patienter, der udskrives til kommunen:

- Hospitalet henviser patienter, der ønsker et rygestoptilbud, til et kursus i hjemkommunen
- Henvisningen sker enten via telefon eller på det udarbejdede henvisningsskema – se mere på dette link:
http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_7005KV.NSF/UI2/16FF720AE6A81CF5C125772E004B08A0?OpenDocument
- Kommunen kontakter herefter patienten inden for 14 dage med et konkret kurstillbud

Ved samtale med patienten om rygestoptilbud udleverer hospitalet "Vil du være røgfri" med navne på kontaktpersoner i kommunerne samt "RYGESTOP - GUIDE".

Rygestopkurser er gratis for borgeren ved henvisning fra hospitalet til kursus i hjemkommunen.

De tre udarbejdede forløbsprogrammer implementeres gradvist i regionen. Der indgås lokale aftaler om implementeringen og opgavedelingen i henhold til beskrivelserne i forløbsprogrammerne

(jf. afsnit 4.2.1 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Forløbsprogrammer for kronikere i Silkeborgklyngen

Hospitalsenheden Silkeborg og kommunerne i Silkeborgklyngen fik i efteråret 2009 tildelt midler fra sundhedsministeriets pulje til en forstærket kronikerindsats. Midlerne anvendes til at gennemføre projekter i perioden 2010-2012 med baggrund i forløbs-

programmerne for KOL, Diabetes type 2 (T2DM) og Hjertekarsygdom (AKS), som er vedtaget i Region Midtjylland.

Projekter

Skanderborg Kommune, Silkeborg Kommune og Favrskov Kommune gennemfører "Projekt for udvikling af kommunal rehabilitering til borgere med kronisk sygdom ifølge forløbsprogrammerne for KOL, T2DM og AKS". Hospitalsenheden Silkeborg gennemfører tre projekter omhandlende hjerterehabilitering, diabetes skole og KOL-monitorering.

Implementeringsgruppe

Den lokale styregruppe i Silkeborgklyngen har nedsat en implementeringsgruppe bestående af praksiskonsulenter, kommunale sundhedsfremmechefer, fagkonsulenter, Hospitalsledelsen, afdelingsledelsen fra medicinsk afdeling + repræsentanter fra de enkelte specialer samt en repræsentant fra Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland.

Formålet med implementeringsgruppen er at sikre at planlagte og igangsatte projekter inden for de tre diagnoseområder koordineres tværsektorielt og har sammenhæng med de tre forløbsprogrammer.

Implementeringsgruppen har til opgave løbende at forholde sig til opståede principielle og overordnede problematikker vedrørende implementeringen af projekterne ifølge forløbsprogrammerne. Gruppen har endvidere til opgave at sørge for information om og legitimation af implementeringen dels i klyngestyregruppen og dels i relevante faglige og organisatoriske sammenhænge. Endelig skal gruppen deltage i vurderingen af projekternes evaluering og komme med forslag til, hvordan forløbsprogrammerne - efter projektperioden - mest hensigtsmæssigt kan overgå til drift.

Implementeringsgruppen fungerer som styregruppe for de diagnoserelaterede arbejdsgrupper (se nedenfor).

Diagnoserelaterede arbejdsgrupper

Der er nedsat en arbejdsgruppe for hvert af de tre diagnoseområder. Grupperne er sammensat af de tre projektledere fra kommunerne, praksiskonsulent, Center of Excellence projektleder fra Hospitalsenheden Silkeborg, en sekretær for grupperne, samt relevante fagpersoner for de enkelte diagnoseområder.

Formålet med de tre arbejdsgrupper er at sikre, at forløbsprogrammerne kommer til at hænge sammen på tværs af sektorerne, at sætte fokus på at optimere sektorovergangene, herunder både input og output, og hermed også med fokus på inddragelse af praksissektoren.

Afrapportering

De tre arbejdsgrupper rapporterer løbende til implementeringsgruppen via referater og på møderne. Tilsvarende rapporterer implementeringsgruppen løbende til den lokale styregruppe i klyngen.

Modelprojekt til styrkelse af det tværsektorielle sundhedssamarbejde om borgere med kronisk sygdom i Silkeborgklyngen

I forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne i Region Midtjylland ønsker Silkeborgklyngen at afprøve nye veje til kvalitetssikring og udvikling af indsatsen over for borgere med kroniske sygdomme. Der er derfor med støtte fra "Folkesundhed i Midten" igangsat et udviklingsprojekt med henblik på at styrke det tværsektorielle sundhedssamarbejde om borgere med kronisk sygdom.

Modelprojektet omhandler audit til styrkelse af det sundhedsfaglige samarbejde. Der gennemføres tre fælles auditforløb i Silkeborgklyngen – et auditforløb for patienter med KOL, et for patienter med T2DM og et for patienter med AKS. Målet er at afklare metodens muligheder og begrænsninger i Silkeborgklyngens samarbejde omkring patienter med kronisk sygdom. Der er særlig fokus på, om metoden kan medvirke til både at identificere og analysere "snitflader" og "gråzoner" i patienternes sygdomsforløb. Herudover vil der være fokus på, om metoden kan medvirke til at skabe et solidt fundament, og gode rammer for konkrete ændringer i praksis. Med henblik på at introducere auditmetoden for en bredere kreds gennemføres desuden et fælles trænings- og uddannelsesforløb i auditmetoden for medarbejdere i de tre kommunale sundhedsorganisationer, i almen praksis og på Hospitalsenheden Silkeborg. Projektet gennemføres i samarbejde med Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland.

Forløbsprogrammer for kronikere i Randersklyngen

De enkelte forløbsprogrammer beskriver ansvars- og opgavefordelingen mellem hospital, kommune og praktiserende læger med anbefalinger for indsatsen på hospital, i kommunerne og i almen praksis samtidig med, at der stilles krav om samarbejde mellem sektorerne.

Implementeringen skal foregå på alle niveauer på hospitalet, i kommunerne og hos de praktiserende læger. Der er etableret en implementeringsstyregruppe, der refererer til Klyngestyregruppen og faglige implementeringsgrupper, der referer til implementeringsstyregruppen. Implementeringsplan er vedlagt som bilag.

Fælles skolebænk planlægges i forhold til forløbsprogrammerne som kompetenceudvikling og implementeringsproces.

Patienter med kronisk sygdom skal tilbydes patientuddannelse

(jf. afsnit 4.2.2 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Se beskrivelse af Favrskov Kommunes forebyggelsestilbud og beskrivelse af forløbsprogrammer for kronikere ovenfor.

Hospitaller, almen praksis og kommunerne skal indgå aftaler om specifikke indsatser rettet mod socialt udsatte og sårbare grupper

(jf. afsnit 4.3 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Jf. aftale om sårbare gravide under delaftalen om børn, unge og gravide.

Aftaler om begrænsning af sygefravær og arbejdsfastholdelse

(jf. afsnit 4.3.1 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Center for bevægeapparatlidelser

Hospitalsenheden Silkeborg samt Skanderborg, Silkeborg og Favrskov kommuner havde med første generation af sundhedsaftalen indgået aftale om at fortsætte samarbejdet om Center for Bevægeapparatlidelser frem til 1. august 2008, hvorefter tilbuddet omkring lænde/ryg overgik fra projekt til drift. Det tidligere forskningsprojekt kører i drift i regi af Center for Bevægeapparatlidelser.

Der er i midten af 2009 startet et nyt projekt op i forhold til nakke/skulder. Patienter kan indgå i projektet, hvis de har været sygemeldt i mindst 4 uger og max 16 uger. Kommunerne betaler en stykpris på 10.000 kr. pr. patient, der indgår i et forløb. Projektet er et tilbud til alle kommuner i Region Midtjylland, der har sagt ja til medfinansiering – indtil videre har Silkeborg, Skanderborg, Favrskov, Randers, Hedensted og Ikast-Brande kommuner givet tilsagn om at deltage. Der er lavet aftale med praksiskoordinatoren om, at kommunerne kan henvise direkte til Center for Bevægeapparatlidelser uden en henvisning fra egen læge. Center for Bevægeapparatlidelser tager efterfølgende kontakten til egen læge.

Særlige udviklingsområder

(jf. afsnit 5 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og Grenaa og Favrskov Kommune

Sårpleje

Regionshospitalet Randers og Favrskov Kommune vil igangsætte projekt, hvor der sættes fokus på kvalitetsudvikling af sårbehandlingen, herunder afsøge midler.

Kontinensklinik

Regionshospitalet Randers og Favrskov Kommune vil udarbejde en beskrivelse af samarbejde på kontinensområdet/etablering af continensklinik.

Uddannelse og rådgivning i sundhedsfremme og forebyggelse

(jf. afsnit 6.4 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Favrskov Kommune samarbejder med Center for Folkesundhed, Region Midtjylland om uddannelse af sundhedsambassadører blandt kommunens medarbejdere. I 2009-2010 har der været særlig fokus på uddannelse af sundhedsambassadører på dagtilbud- og

skoleområdet i Favrskov Kommune. Favrskov Kommune og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, er enige om at fortsætte samarbejdet omkring uddannelse af sundhedsambassadører, således at Favrskov Kommune vederlagsfrit kan gøre brug af konsulenter fra Center for Folkesundhed i forbindelse med planlægning og gennemførelse af sundhedsambassadøruddannelsen.

Rådgivning om hygiejne

(jf. afsnit 6.5 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Silkeborgklyngen: Hospitalsenheden Silkeborg har ikke en hygiejnesygeplejerske til stede dagligt, derfor kan kommunerne i Silkeborgklyngen søge rådgivning om MRSA på infektionshygiejnisk afsnit på Århus Universitetshospital Skejby.

Randersklyngen: Hospitalet planlægger uddannelse af hygiejnenøglepersoner i kommunerne og Fælles Skolebænk om hygiejne.

Kommunerne sikrer kontinuerlig opdatering af den fælles hygiejnehåndbog.

På hygiejneområdet har Favrskov Kommune i et samarbejde med Norddjurs-, Syddjurs- og Randers kommuner i 2008 etableret – og siden løbende vedligeholdt – en fælles hygiejnehåndbog med henblik på at forebygge infektioner. I bestræbelsen på at kvalitetssikre indsatsen på området, er Favrskov Kommune desuden påbegyndt implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel, og har i den forbindelse bl.a. valgt at arbejde med standarderne 2.6.1 – 2.6.3.

Fælles kompetenceudvikling

(jf. afsnit 7.2 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Silkeborgklyngen: Vidensdelingen foregår på generelt niveau i den samarbejdsstruktur, der er aftalt mellem Hospitalsenheden Silkeborg, kommunerne i klyngen og praksis.

På konkret niveau/projektniveau deltager de involverede parter i en fælles styregruppe med henblik på den nødvendige koordination og vidensdeling.

Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner, Hospitalsenheden Silkeborg og praksis har indgået aftale om fælles kompetenceudvikling (fælles skolebænk). Den fælles indsats skal udvikle medarbejdernes kompetencer gennem en fælles forståelse af de tværsektorielle opgaver. Der kan f.eks. være tale om kompetenceudvikling i relation til forløbsprogrammerne for borgere med kronisk sygdom, hjælpemidler, sår m.v. Emner for fælles kompetenceudvikling aftales mellem samarbejdspartnerne i klyngen.

Randersklyngen: For at sikre det nære sundhedsvæsen og en høj kvalitet i sundhedsydelserne er det nødvendigt at udvikle sundhedspersonalets faglige kompetencer. Der vil derfor være tværsektoriel kompetenceudvikling indenfor alle aftaleområderne med undervisning, Fælles Skolebænk, studiebesøg, sidemandsoplæring, rotationsordning, faglige netværk og kontakt til ekspertviden (ekspertsygeplejersker) på hospitalet.

Tilgængelighed af information

(jf. afsnit 7.4 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud på Hospitalsenheden Silkeborg og i kommunerne – Skanderborg, Silkeborg og Favrskov – formidles via www.sundhed.dk, www.praksis.dk og på parternes hjemmesider.

Derudover udarbejdes der løbende skriftligt materiale i form af pjecer m.v. om de aktuelle tilbud. Materialet gøres tilgængeligt via blandt andet borgerservice, sundhedscentre, almen praksis, biblioteker m.v.

Mennesker med psykisk sygdom

Voksne med psykisk sygdom

Politisk del

Politiske målsætninger (prioriteret af Sundhedskoordinationsudvalget)

1. *Styrke en sammenhængende og koordineret indsats for borgere med psykisk sygdom (effekt). Heri indgår forebyggelse af akutte indlæggelser på uhensigtsmæssige tidspunkter af patienter, der er kendt i regionspsykiatri og kommuner, og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde for de patienter, der har størst risiko for at droppe ud af behandling og sociale tilbud*

Region Midtjylland og kommunerne i regionen er enige om, at der er behov for en løbende monitorering af indlæggelsesmønstret. Region Midtjylland leverer disse data (indlæggelsesform, tidspunkt for indlæggelse, evt. diagnoser) til klyngemøderne.

På baggrund af en analyse af datamaterialet beslutter klyngen, om der er behov for konkrete initiativer. Det er klyngen, der træffer beslutning om, hvilke initiativer der skal iværksættes.

Region Midtjylland etablerer en regionsdækkende og døgnåben telefonlinje, der kan levere rådgivning og vejledning i konkrete situationer. Målgruppen er den psykisk syge person (både børn, unge og voksne) og pårørende, praktiserende læger/vagtlæger, politiet mv.

Region Midtjylland og kommunerne i regionen er enige om, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er et godt samarbejdsredskab. Der skal gennemføres audit ift. aftalernes og planernes effekt mhp. at konstatere, hvorvidt de virker efter hensigten.

Region Midtjylland og Favrskov Kommune er enige om, at der skal være fokus på samarbejde med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser fra Urbakken.

2. *Fremme sundhed og trivsel blandt borgere med psykisk sygdom (indsatsområder) gennem nedbringelse af overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser*

Region Midtjylland og kommunerne i regionen er enige om, at området skal prioriteres højt. Ved udgangen af 2011 iværksættes der i hver klynge som minimum ét projekt (initiativ) ift. denne målsætning. Der videndeles om igangsatte projekter på klyngemøderne.

Status afrapporteres til temagruppen for voksenpsykiatri første kvartal 2013.

Favrskov Kommune deltager i et projekt vedrørende uddannelse af vægtstoprådgivere inden for de socialpsykiatriske tilbud. Projektet gennemføres i samarbejde med Skan-

derborg Kommune og Center for Folkesundhed i Region Midtjylland. Formålet med projektet er at udvikle et løbende tilbud om vægtstoprådgivning til svært overvægtige brugere af socialpsykiatrien. Som en del af projektet gennemfører medarbejdere fra socialpsykiatrien i Favrskov Kommune en uddannelse som vægtstoprådgivere. Uddannelsen skal klæde dem på til at hjælpe psykisk syge borgere til at leve mere sundt blandt andet for at stoppe vægtstigninger. I forlængelse heraf tilbydes vægtstofsforløb for brugere af socialpsykiatrien. Projektet afsluttes december 2012.

Administrativ del

Indsatsområder (prioriteret af Temagruppen for voksenpsykiatri – jf. afsnit 4 i den administrative del af sundhedsaftalen)

4.1 Patient- og pårørendetilfredshed med aftaler ifm. udskrivning

Region Midtjylland undersøger, hvorvidt spørgsmålene i de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser kan afdække patienternes og de pårørendes tilfredshed med overgangene mellem sektorerne. Der er behov for, at spørgsmålene giver svar på kommuneniveau.

4.2 Håndtering af flere psykisk syge i den primære sektor (tidlig indsats)

Både Region Midtjylland og kommunerne i regionen er enige om, at området er vigtigt. Temagruppen for voksenpsykiatri leverer forslag til indsatsen på området.

4.3 Bedre sammenhæng mellem regionspsykiatri og arbejdsmarkedsindsats

Region Midtjylland tager initiativ til, at der etableres samarbejde på overordnet niveau mellem regionspsykiatrien og arbejdsmarkedsområdet i kommunerne.

Børn og unge med psykisk sygdom

Politisk del

Politiske målsætninger (prioriteret af Sundhedskoordinationsudvalget)

Overordnet politisk målsætning: Kvalificering af henvisningsforløbet og af henvisninger
Det er aftalt, at Region Midtjylland på de halvårlige klyngemøder leverer data over antal henvisninger og afviste henvisninger fordelt på henvisere og kommuner.

1. At der internt i kommunerne etableres procedurer for at sikre, at alle relevante indsatser er overvejet/afprøvet før en henvisning.

Den kommunale indsats/overvejelser inden en henvisning skal dokumenteres i henvisningen

Opfølgning foretages på klyngemøderne. Der foretages en audit på henvisninger mhp. at afdække, hvorvidt de kommunale indsatser/overvejelser er dokumenteret. Auditten gennemføres første gang i anden halvdel af 2011.

2. Øget inddragelse af praktiserende læger, f.eks. gennem deltagelse af kommunale og regionale praksiskonsulenter på klyngemøder. Kvalificering af henvisninger fra praktiserende læger.

Der udarbejdes pr. 1. januar 2011 en henvisningsvejledning til brug for de praktiserende læger. Af vejledningen skal det fremgå, hvordan de praktiserende læger og kommunen kan samarbejde ift. at samle allerede eksisterende relevante oplysninger om det konkrete barn/den unge.

Desuden udarbejdes en vejledning til det gode samarbejde på dette område mellem almen praksis og kommunerne.

3. Der udvikles modeller for at bedre samarbejdet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (Region Midtjylland), kommunerne og praktiserende læger, f.eks. via fremskudt team, tværgående visitationsteam el. lign.

Region Midtjylland og kommunerne i regionen er enige om at arbejde hen imod at etablere et Børnepsykiatrisk Vidensteam.

Hensigten med teamet er at yde faglig støtte og bistand til fagfolk fra det sociale børne- og familieområde og undervisningssektoren i kommunerne og praktiserende læger i vurderingen af børnepsykiatriske sager, hvor der er tvivl om, hvorvidt der er behov for en hospitalsbaseret indsats eller en mindre indgribende indsats i primærsektoren.

Opfølgning på rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange

Administrativ del

Parterne udpeger risikomanagere/nøglepersoner til at varetage det tværsektorielle samarbejde omkring hændelsesforløbene

(jf. afsnit 3 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Silkeborgklyngen: Der er udpeget kommunale og regionale risikomanagere/nøglepersoner til at varetage det tværsektorielle samarbejde omkring hændelsesforløbene.

Regionshospitalet Randers og Grenaa vil udpege risikomanager.

Andre særlige initiativer, som er aftalt lokalt eller i klyngen

Randersklyngen: Med afsæt i den generelle sundhedsaftale udarbejdes der en beskrivelse af samarbejdsstrukturen og netværk i Randersklyngen.

Samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer

Parterne i klyngerne er enige om ved opgaveoverdragelser at anvende samarbejdsmodellen, der er beskrevet i aftalen om samarbejde ved opgaveoverdragelse mellem sektorer.

Favrskov Kommune, Hospitalsenheden Silkeborg og Regionshospitalet Randers og Grenaa er enige om at have fokus på udvikling af samarbejdet i forbindelse med opgaveoverdragelse. Et særligt opmærksomhedsområde vil i denne forbindelse være samarbejdsaftaler i forbindelse med flytning af behandling fra hospital til borgerens eget hjem.

Økonomi og opfølgning

Politisk del

Struktur i den enkelte klynge (somatik)

(jf. afsnit 3.1 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Silkeborgklyngen

Det er aftalt, at samarbejdet mellem Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner og Hospitalsenheden Silkeborg skal fungere på to niveauer: I en lokal styregruppe og i kontaktgrupper. Derudover har den lokale styregruppe med nærværende sundhedsaftale nedsat en tværgående gruppe på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber (jf. delaftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler). Den lokale styregruppe har ligeledes nedsat en implementeringsgruppe vedr. forløbsprogrammer samt tre diagnoserelaterede arbejdsgrupper herunder (jf. delaftale om sundhedsfremme og forebyggelse). Derudover er der nedsat en udviklingsgruppe vedr. Shared Care Teamet og en tværsektoriel arbejdsgruppe om Center of Excellence.



Lokal styregruppe

Der etableres en lokal styregruppe bestående af de tre kommuner, hospitalsenheden samt praksissektoren. Styregruppen er et beslutningsorgan, hvor sundhedsaftalen løbende forhandles, og hvor der indgås konkrete aftaler på et overordnet strategisk niveau. Styregruppen skal desuden fungere som et forum for ideudvikling og tværgående erfaringsudveksling.

I styregruppen er der repræsentanter fra alle samarbejdspartere på ledelsesniveau. Det vil sige sundheds-, ældre- handicap- og socialchefer fra kommunerne (alt afhængig af den enkelte kommunes organisering), repræsentanter fra hospitalsledelsen samt for hospitalets vedkommende praksiskonsulent og for kommunernes vedkommende kommunale praksiskonsulenter.

Desuden deltager repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed og Primær Sundhed, Region Midtjylland.

Strukturen for samarbejdet i den lokale styregruppe vil være følgende:

- Der afholdes møde 2 gange årligt – i marts/april og i august/september
- Formandskabet går på skift mellem samarbejdsparterne for et år ad gangen fra april til marts måned – Skanderborg Kommune 2010/2011, Hospitalsenheden Silkeborg 2011/2012, Favrskov Kommune 2012/2013, Silkeborg Kommune 2013/2014
- Sekretariatsfunktionen følger formandskabet

Der er udarbejdet et kommissorium for styregruppen.

Kontaktgrupper for hver af de tre kommuner

I det daglige har de decentrale ledere og medarbejdere på de implicerede funktionsområder på såvel hospitalet og i kommunerne ansvaret for samarbejdet og forvaltningen af samarbejds- og rammeaftalens målsætninger og intentioner.

I kontaktgruppen er der både ledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter fra såvel hospitalet som kommunen. Sammenhængen mellem den lokale styregruppe og de tilhørende kontaktgrupper opnås ved, at der på ledelsesniveau er gennemgående personer fra såvel hospitalet og fra kommunen i henholdsvis styregruppe og kontaktgruppe.

Kontaktgruppen er frit stillet med hensyn til organiseringen af samarbejdet, dog skal følgende minimumskrav følges:

- Kontaktgruppen mødes 2-3 gange om året efter behov
- Formandskabet går på skift, således varetager kommunen formandskabet i de lige år, mens hospitalet varetager formandskabet i ulige år
- Referent vælges blandt kontaktgruppens medlemmer
- Referatet sendes til orientering til styregruppen
- Ledelsesrepræsentanterne, som også er repræsenteret i styregruppen, er ansvarlige for løbende at orientere styregruppen om kontaktgruppens arbejde

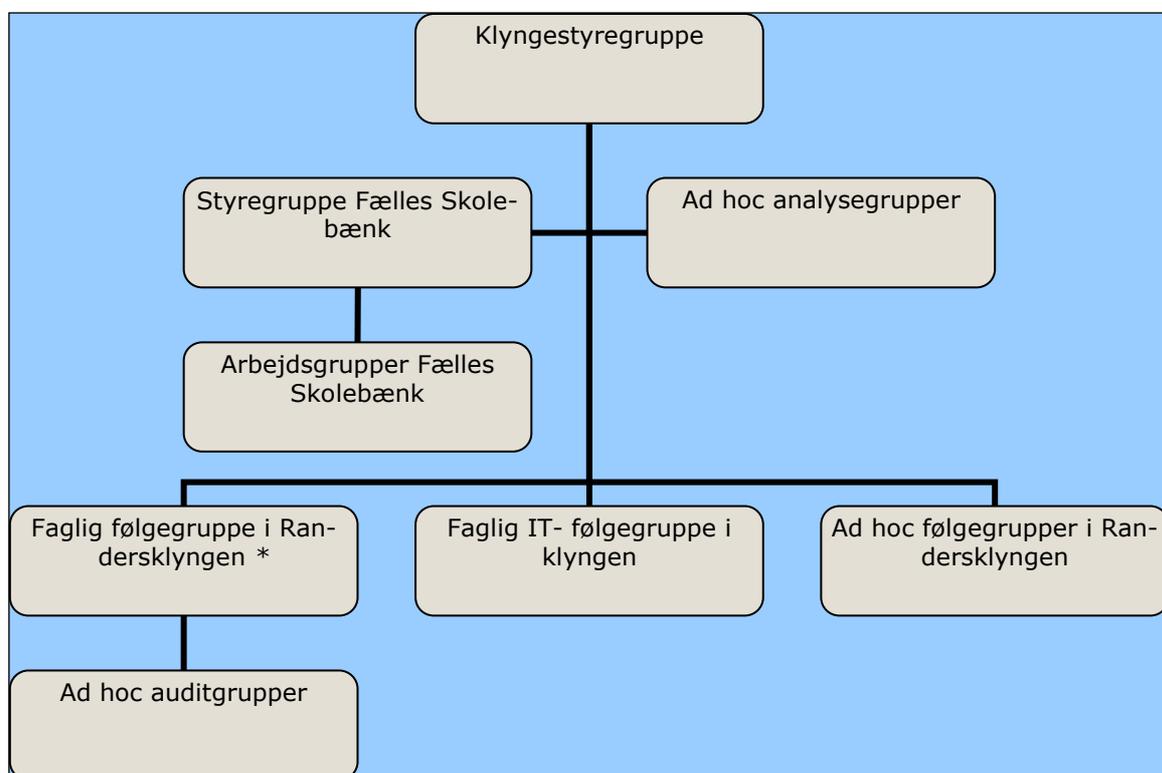
Kontaktgruppen giver en årlig beretning til styregruppen.

Randersklyngen

Regionshospitalet Randers og Grenaa har sammen med Randers, Favrskov, Syddjurs og Norddjurs kommuner på strategisk niveau etableret en samarbejdsstruktur benævnt Randersklyngen, hvor kommunerne, hospitalet og praktiserende læger mødes. Klyngestyregruppen er det øverste organ for samarbejdet i Randersklyngen. Klyngestyregruppens medlemmer er direktører, chefer, hospitalsledelse, praksiskoordinator og kommunernes praksiskonsulenter og mødes minimum to gange årligt.

En række faglige følgegrupper referer til Klyngestyregruppen. Medlemmerne i de faglige følgegrupper er de faglige ledere. Der afholdes møder minimum to gange årligt.

Der foregår løbende dialog og kontakt på alle niveauer i klyngestrukturen.



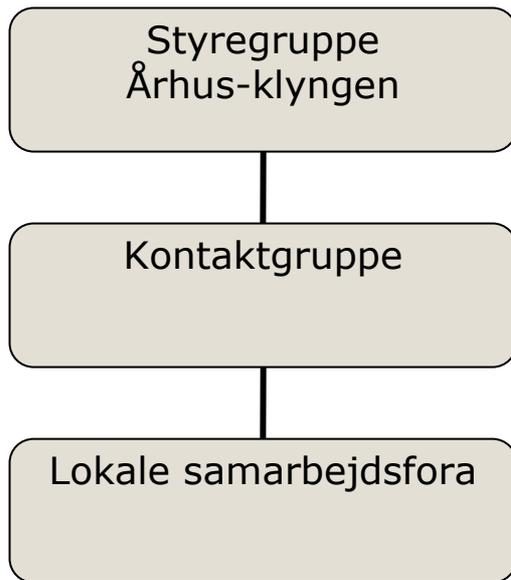
* Ledere/chefer fra visitationsenheder, ældre- og træningsområder, forebyggelse og sundhedsfremme.

Struktur i den enkelte klynge (psykiatri)

(jf. afsnit 3.2 i den administrative del af den generelle sundhedsaftale)

Voksenpsykiatri (afsnit 3.2.1)

Nedenfor ses illustreret organisationsdiagram for sundhedsaftaler i Århus-klyngen:



Klyngestyregruppen

Klyngestyregruppen er et beslutningsorgan, hvor sundhedsaftalen løbende implementeres, og hvor der indgås konkrete samarbejdsaftaler. Klyngen/styregruppen fungerer desuden som et forum for idéudvikling og tværgående erfaringsudveksling.

Formålet med styregruppen er at sikre et fortsat tæt samarbejde mellem kommunerne og regionspsykiatrien.

Styregruppen har følgende opgaver:

- Implementering af sundhedsaftalerne
- Evaluering, opfølgning og udvikling i forhold til sundhedsaftalerne generelt og de fælles projekter i særdeleshed
- Træffe beslutninger i sager af betydning for det tværsektorielle samarbejde
- Udvikling af idéer til nye samarbejdsprojekter
- Behandling af principielle spørgsmål i relation til samarbejdet lokalt, ikke konkrete sager
- Beskrive og afklare faglige tvister af principiel, faglig og tværgående karakter vedr. sundhedsaftalerne
- Gensidig information om områder i relation til sundhedsaftalen
- Klyngen/styregruppen kan rejse spørgsmål til Den Administrative Styregruppe/Sundhedsstyregruppen under Region Midtjylland

Styregruppen kan nedsætte kontaktgrupper.

Der afholdes 2 møder årligt.

Der er mulighed for, at der i forbindelse med klyngemøderne holdes bilaterale møder mellem den enkelte kommune og psykiatrien.

Deltagere i styregruppen:

- Repræsentanter for den lokale psykiatriske afdelingsledelse
- Den lokale praksiskonsulent
- Repræsentanter for de lokale kommunale psykiatriledelser
- 2 repræsentanter for Psykiatri- og Socialledelsen
- Repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde

Med henblik på at sikre, at der sker en tættere koordinering mellem psykiatriområdet og det øvrige sundhedsområde foreslås det, at der lokalt afholdes et årligt fællesmøde mellem den stedlige styregruppe på psykiatriområdet og den stedlige styregruppe på det somatiske område. Fællesmøde kunne afholdes i tilknytning til det ene af 2 årlige klyngemøder.

Ovennævnte fællesmøde kunne eksempelvis indledes med en fælles dagsorden bestående af punkter, som har begge klyngers interesse – det kunne være demens, misbrug og sygedagpengeområdet m.m. – hvorefter mødet deles op.

Den somatiske hospitalsledelse er mødeleder på fællesmøderne, og sekretariatsfunktionen varetages af Regionalt Sundhedssamarbejde.

Én repræsentant fra Regionalt Sundhedssamarbejde er genganger både i den somatiske og den psykiatriske styregruppe.

Kontaktgruppen

Formålet med kontaktgruppen er at skabe et samarbejdsforum mellem den enkelte regionspsykiatri og en eller flere kommuner i klyngen for at sikre det løbende samarbejde i dagligdagen.

Kontaktgruppen har følgende opgaver:

- Opfølgning på det løbende samarbejde ud fra sundhedsaftalernes målsætninger og intentioner
- Afklaring af lokale problematikker og tvister
- Tilbage melding til klyngegruppen i forhold til erfaringer med og behovet for justeringer i sundheds-/samarbejdsaftaler
- Opfølgning på konkrete samarbejdsprojekter
- Træffer beslutning om lokale initiativer – og orienterer klyngen herom

Deltagere i kontaktgruppen:

- Repræsentanter fra den lokale regionspsykiatri
- Repræsentanter fra de relevante afdelinger i kommunerne
- Praksiskonsulent, hvor det er relevant

For at sikre beslutningskompetencen i kontaktgruppen og sammenhængen til styregruppen deltager gennemgående personer på ledelsesniveau både fra regionspsykiatrien og kommunerne.

Kontaktgruppen aftaler selv mødehyppighed og sekretariatsbetjening.

Børne- og ungdomspsykiatri (afsnit 3.2.2)

Det er aftalt, at samarbejdet om sundhedsaftalen i Øst-klyngen organiseres i en klynge/styregruppe.

Klyngen er et beslutningsorgan (styregruppe), hvor sundhedsaftalen løbende implementeres, og hvor der indgås konkrete samarbejdsaftaler. Klyngen/styregruppen skal desuden fungere som et forum for idéudvikling og tværgående erfaringsudveksling.

Formålet med strukturen er at sikre et fortsat tæt samarbejde mellem kommunerne og regionspsykiatrien.

Klyngen/styregruppen har følgende opgaver:

- Implementering af sundhedsaftalerne
- Evaluering, opfølgning og udvikling i forhold til sundhedsaftalerne generelt og de fælles projekter i særdeleshed
- Træffe beslutninger i sager af betydning for det tværsektorielle samarbejde
- Udvikling af idéer til nye samarbejdsprojekter
- Behandling af principielle spørgsmål i relation til samarbejdet lokalt, ikke konkrete sager
- Beskrive og afklare faglige tvister af principiel, faglig og tværgående karakter vedr. sundhedsaftalerne
- Gensidig information om områder i relation til sundhedsaftalen
- Rejse spørgsmål til Den Administrative Styregruppe/Sundhedsstyregruppen under Region Midtjylland

Klyngen kan nedsætte ad hoc arbejdsgruppe/faglige følgegrupper ved behov.

Der afholdes 2 møder årligt.

Der er mulighed for, at der i forbindelse med klyngemøderne holdes bilaterale møder mellem den enkelte kommune og psykiatrien.

Deltagere i klyngen/styregruppen:

- Centerledelsen fra BUC
- Den lokale praksiskonsulent
- Ledelsesrepræsentanter fra kommunernes børne- og ungeindsatser
- 2 repræsentanter for Psykiatri- og Socialledelsen
- Repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde

Sammenhæng til somatikken:

Med henblik på at sikre, at der sker en tættere koordinering og samarbejde mellem psykiatriområdet og det øvrige sundhedsområde vil der på klyngemøderne være repræsentanter fra Regionalt Sundhedssamarbejde.

Yderligere aftaleområder

Hjerneskadeområdet

(Jf. afsnit 8 under træningsområdet i den sundhedsfaglige del af den generelle sundhedsaftale)

Favrskov Kommune har udpeget en kontaktperson på hjerneskadeområdet.

Regionshospitalet Randers og Grenaa undersøger muligheden for at kunne tilbyde hjerneskadede patienter neuropsykologisk udredning.

”Det gode elektroniske patientforløb” – Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler

Silkeborgklyngen

Favrskov Kommune samt Hospitalsenheden Silkeborg og Regionshospitalet Viborg, Skive har sammen med kommunerne Silkeborg, Skanderborg, Viborg og Skive etableret en fælles samarbejdsgruppe, med særligt fokus på elektronisk kommunikation. Gruppen mødes løbende.

Tidsplan for udrulning af MedCom standarder på Hospitalsenheden Silkeborg

Nedenfor er opstillet den plan, som parterne i fællesskab har lagt. Planen nedenfor omfatter relationen til Hospitalsenheden Silkeborg.

Kommunikation: Hospitalsenheden Silkeborg og kommuner

Standard	2009		2010		2011		2012	
	1. Halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halv-år	2. halv-år
Indlæggelsesadvis (afsende)	Std.							
Indlæggelsesadvis (modtage)		Std.						
Udskrivningsadvis (afsende)	Std.							
Udskrivningsadvis (modtage)		Std.						
Afsendelse af Genoptræningsplan		Std. (DGOP)						
Modtagelse af genoptræningsplan i korrespondance eller som DGOP		korr						
Indlæggelsesvar fra kommune til hospital		Std.						
Modtagelse af LÆ-blanketter i kommuner					Parterne har ikke påbegyndt implementering heraf			
Indlæggelsesrapport			Korr.		Korr.		Std. - afventer Midt-EPJ	
Fødselsanmeldelsen i korrespondance (modtage og sende)				Korr.			Std. - afventer MidtEPJ	
Melding om færdigbehandling (modtage og sende)				Korr.			Std. - afventer MidtEPJ	
Varsling om færdigbehandling/plejeforløbsplan (modtage og sende)			Korr.				Std. - afventer MidtEPJ	
Udskrivningsrapport (epikrise) (modtage og sende)				Korr.			Std. - afventer Midt-EPJ	
 Teknisk og organisatorisk implementeret  Teknisk implementeret  Forskel fra plan for elektronisk kommunikation								

Parterne er opmærksomme på, at den generelle tidsplan ikke overholdes. Hospitalsenheden Silkeborg afventer udrulning af Midt-EPJ. Udrulningen påbegyndes i februar 2011. Først herefter vil man være i stand til at afgøre i hvilken kadence implementeringen af ovenstående kan foregå.

Samtykke

Når hospitalet indhenter information om en given borgers forhold – eks. i form af en korrespondance som den ovenfor beskrevne - skal man fra hospitalets side sikre sig, at borgeren har givet samtykke hertil (se afsnit 9 i "Det gode elektroniske patientforløb – Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler" samt SHL kap. 9 §40 ff).

Samtykket kan være enten skriftligt eller mundtligt og indføres i journalen.

Kommunen og Hospitalsenheden Silkeborg indgår aftale om, at hospitalet i alle tilfælde, hvor man indhenter oplysninger om en borgers personlige og helbredsmæssige forhold, sikrer sig, at borgeren har givet samtykke hertil. Denne aftale gælder tillige hvis parterne i aftaleperioden påbegynder yderligere deling af oplysninger – herunder de kommende hjemmepleje-sygehus standarder.

Organisering – IT-arbejdsgruppe

Udover den fælles samarbejdsgruppe, med særligt fokus på elektronisk kommunikation mellem kommunerne i Silkeborgklyngen, kommunerne i Viborgklyngen samt Hospitalsenheden Silkeborg og Regionshospitalet Viborg, Skive har den lokale styregruppe i Silkeborgklyngen nedsat en IT-arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen har til opgave at understøtte og koordinere implementering af den fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospital i Silkeborgklyngen.

Arbejdsgruppen mødes ca. 4 gange årligt og består af:

- Repræsentanter fra kommunerne: IT-projektledere fra de tre kommuner samt ledelsesrepræsentant fra Silkeborg Kommune
- Hospital: GS-koordinator, EPJ-koordinator
- Praksis: Praksiskonsulenter fra de tre kommuner
- MedCom IT-konsulent

Der er mulighed for at inddrage andre praktiserende sundhedspersoner (f.eks. fysioterapeuter, apotekere) ad hoc. Formandskabet varetages af Silkeborg Kommune.

På hvert møde gennemgås strategiens enkelte punkter med henblik på opfølgning på organisatorisk og teknisk implementering. Der følges op på udfordringer i forbindelse med implementering af ny EPJ og EOJ og betydning heraf for den elektroniske kommunikation mellem parterne. Status i forhold til den fælles plan fremlægges på klyngestyregruppemøderne med angivelse af eventuelle barrierer for implementering med henblik på at sikre, at den fælles plan kan overholdes.

Gruppen samarbejder desuden med regionens repræsentanter fra IT-gruppen. Skanderborg Kommune deltager i en tilsvarende arbejdsgruppe i Horsensklyngen (se oven-

Yderligere aftaleområder

for), Silkeborg Kommune i Viborgklyngen, mens Favrskov Kommune deltager i Randersklyngen og Århusklyngen vedr. IT. Herved kan implementeringen koordineres i nabo-klyngerne.

Randersklyngen

Favrskov Kommune samt Regionshospitalet Randers og Grenaa har sammen med kommunerne Randers, Norddjurs, Syddjurs etableret fælles samarbejdsgruppe, med særligt fokus på elektronisk kommunikation. Gruppen mødes løbende med henblik på videndeling og fortsat udvikling af området. Gruppen består af relevante fagpersoner fra kommunerne, hospitalet samt Region Midtjylland.

Nedenfor er opstillet den plan, som parterne i fællesskab har lagt:

Kommunikation: Hospitaler og kommuner

Standard	2009		2010		2011		2012	
	1. Halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halvår	2. halvår	1. halv-år	2. halv-år
Indlæggelsesadvis (afsende)	Std.							
Indlæggelsesadvis (modtage)		Std. ²						
Udskrivningsadvis (afsende)	Std							
Udskrivningsadvis (modtage)		Std. ³						
Afsendelse af Genoptræningsplan					std ⁴			
Modtagelse af genoptræningsplan i korrespondance eller som DGOP		korr.						
Indlæggessvar fra kommune til hospital		Std. ⁵						
Modtagelse af LÆ-blanketter i kommuner					Parterne har ikke påbegyndt implementering heraf			
Indlæggelsesrapport			Korr.				Std.	
Fødselsanmeldelsen i korrespondance (modtage og sende)				Korr.			Std.	
Melding om færdigbehandling (modtage og sende)				Korr.			Std.	
Varsling om færdigbehandling/plejeforløbsplan (modtage og sende)			Korr.				Std.	
Udskrivningsrapport (epikrise) (modtage og sende)				Korr.			Std.	

 Teknisk og organisatorisk implementeret

 Teknisk implementeret

 Forskel fra plan for elektronisk kommunikation

Parterne er opmærksomme på, at den generelle tidsplan ikke overholdes. Dette bunder særligt i en række tekniske udfordringer på hospitalerne samt at man afventer resulta-

² Norddjurs Kommune modtager ikke advis

³ Norddjurs Kommune modtager ikke advis

⁴ Regionshospitalet Randers afventer, at DGOP udrolles til MidtEPJ. Dette forventes 1. februar 2011

⁵ Norddjurs Kommune afsender ikke indlæggessvar

terne af pilottest for en række MedCom meddelelser – herunder melding om færdigbehandling, varsling om færdigbehandling samt udskrivningsrapporten.

Nedenfor skitseres de særlige initiativer som kommunen igangsætter sammen med de to regionshospitalet.

Udvidet anvendelse af korrespondance

Med henblik på, at Regionshospitalet Randers og Grenaa kan modtage yderligere patientoplysninger om indlagte patienter afsøger Regionshospitalet Randers og Grenaa muligheden for at MidtEPJ kan modtage og afsende korrespondancemeddelelser fra/til kommunerne. Det forventes, at dette kan ske i februar 2011.

Konkret betyder det, at de enkelte afdelinger på Regionshospitalet Randers og Grenaa via korrespondancen kontakter kommunen såfremt man ønsker yderligere oplysninger om en given borger. Indhold og nærmere aftaler herom aftales i den lokale følgegruppe for elektronisk kommunikation.

Tidstro registrering på hospitalet

Regionshospitalet Randers og Grenaa har arbejdet målrettet på at sikre, at der registreres tidstro – særligt når patienter udskrives. Dette understøttes af MidtEPJ, der gør dette arbejde særdeles intuitivt.

Samtykke

Når hospitalet indhenter information om en given borgers forhold – eks. i form af en korrespondance som den ovenfor beskrevne - skal man fra hospitalets side sikre sig, at borgeren har givet samtykke hertil (se afsnit 9 i "Det gode elektroniske patientforløb – Fælles plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitalet" samt SHL kap. 9 §40 ff).

Samtykket kan være enten skriftligt eller mundtligt og indføres i journalen.

Kommunen og Regionshospitalet Randers og Grenaa indgår aftale om, at hospitalet i alle tilfælde, hvor man indhenter oplysninger om en borgers personlige og helbreds-mæssige forhold, sikrer sig, at borgeren har givet samtykke hertil. Denne aftale gælder tillige hvis parterne i aftaleperioden påbegynder yderligere deling af oplysninger – herunder de kommende hjemmepleje-sygehus standarder.

Bilag til lokal aftale mellem Favrskov Kommune og Regionshospitalet Randers og Grenaa

Implementering forløbsprogrammerne

for

**Patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)
Patienter med type 2 Diabetes og Patienter med hjertekarsygdomme**

Hospital – kommuner – praktiserende læger

8. september 2010
Birgit Svendsen

Baggrund

Forløbsprogrammerne tager afsæt i Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for kronisk sygdom – generisk model. I Region Midt har der været en forløbsprogramgruppe for henholdsvis forløbsprogrammet for patienter med KOL, type 2 Diabetes og hjertekarsygdomme. I de enkelte forløbsgrupper, har der været et formandskab repræsenterende hospital, kommune og de praktiserende læger. Forløbsgruppens medlemmer har repræsenteret specialeråd o.l., specialeansvarlige faggrupper på hospitaler, i kommunerne og praktiserende læger.

Forløbsprogrammerne er godkendt fagligt og politisk i Regionen og i kommunerne. De skal således implementeres.

De enkelte forløbsprogrammer beskriver ansvars- og opgavefordelingen mellem hospital, kommune og praktiserende læger med anbefalinger for indsatsen på hospital, i kommunerne og i almen praksis samtidig med, at der stilles krav om samarbejde mellem sektorerne.

Implementeringen skal foregå på alle niveauer på hospitalet, i kommunerne og hos de praktiserende læger.

Formål

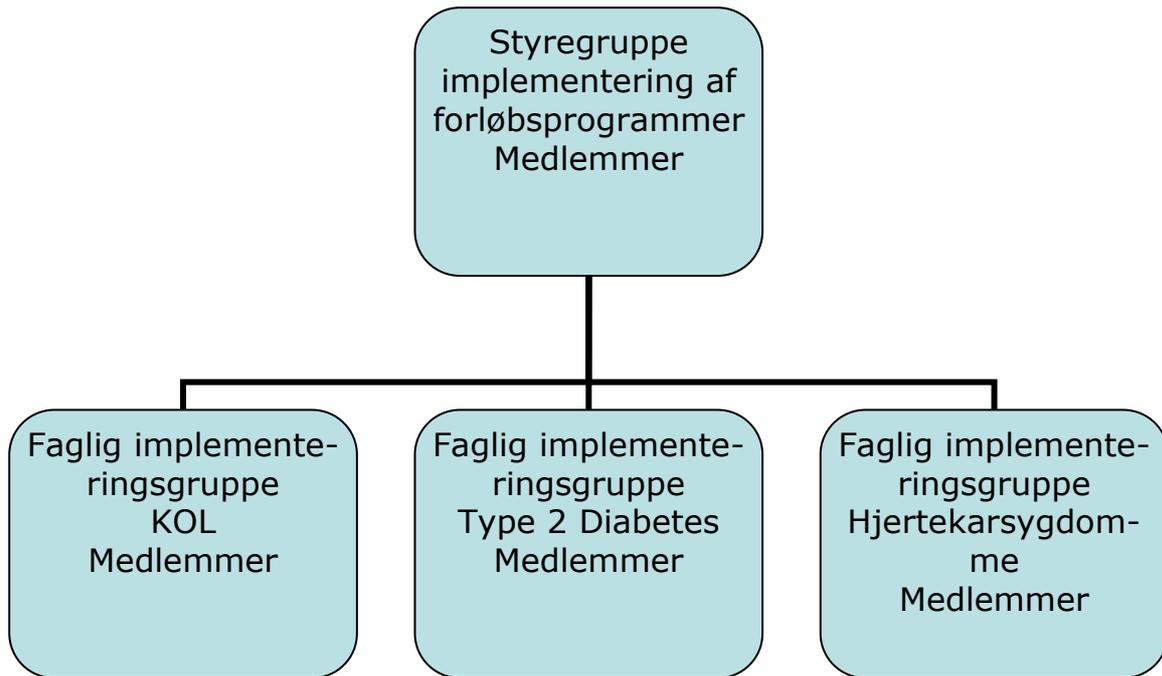
Formålet er at sikre patienter med KOL, type 2 Diabetes og Hjertekarsygdomme (AKS) en tværfaglig, tværsektoriel og koordineret indsats af høj sundhedsfaglig kvalitet med fokus på sammenhængende patientforløb, overgange og samarbejde mellem de tre sektorer.

Målgrupper

Sundhedsfaglige ledere og medarbejdere på hospitalet, i kommuner og praktiserende læger, der til daglig er i kontakt med patienter/borgere med KOL, type 2 Diabetes og hjertekarsygdomme (AKS).

Organisering

Implementeringsprocessen i Randersklyngen organiseres med en styregruppe fælles for forløbsprogrammerne. Styregruppen refererer til klyngestyregruppen. Med reference til styregruppen nedsættes tre faglige implementeringsgrupper, en for hvert af forløbsprogrammerne.



Styregruppe implementering forløbsprogrammer

Cheflæge

Afdelingsledelse Medicinsk Afdeling

Praksiskoordinator

Repræsentanter Randers kommune

Repræsentanter Norddjurs Kommune

Repræsentanter Syddjurs Kommune

Repræsentanter Favrskov Kommune

Praksiskonsulent fra Randers, Favrskov, Norddjurs- og Syddjurs Kommuner

Repræsentanter Regionalt Sundhedssamarbejde

Specialkonsulent Regionshospitalet (sekretær)

Faglig implementeringsgruppe forløbsprogram for patienter med KOL

Specialeansvarlig overlæge

Afdelingssygeplejerske Lungemedicinsk afsnit

Projektansvarlig

KOL- sygeplejerske

Lungesygeplejerske

Fysioterapeut

Praksiskoordinator

Repræsentanter Randers kommune

Repræsentanter Norddjurs Kommune

Repræsentanter Syddjurs Kommune

Repræsentanter Favrskov Kommune

Praksiskonsulenter Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs Kommune
Repræsentanter Regionalt Sundhedssamarbejde
Specialkonsulent Regionshospitalet (sekretær)

Faglig implementeringsgruppe forløbsprogram for patienter med Type 2 Diabetes

Specialeansvarlig overlæge
Afdelingssygeplejerske Endokrinologisk afsnit
Projektansvarlig
Diabetessygeplejerske
Praksiskoordinator
Repræsentanter Randers kommune
Repræsentanter Norddjurs Kommune
Repræsentanter Syddjurs Kommune
Repræsentanter Favrskov Kommune
Praksiskonsulenter Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs Kommuner
Repræsentant Regionalt Sundhedssamarbejde
Specialkonsulent Regionshospitalet (sekretær)

Faglig implementeringsgruppe forløbsprogram for patienter med Hjertekarsygdom

Specialeansvarlig overlæge
Afdelingssygeplejerske Hjerteklinikken
Projektansvarlig
Fysioterapeut Hjerteklinikken
Sygeplejerske Hjerteklinikken
Praksiskoordinator
Repræsentanter Randers kommune
Repræsentanter Norddjurs Kommune
Repræsentanter Syddjurs Kommune
Repræsentanter Favrskov Kommune
Praksiskonsulenter Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs Kommuner
Repræsentant Regionalt Sundhedssamarbejde
Specialkonsulent Regionshospitalet (sekretær)

Hertil kommer de interne organiseringer af implementeringsprocesserne i kommunerne, hos de praktiserende læger og på hospitalet.

Indhold

Styregruppens opgaver er det overordnede overblik over den samlede implementeringsproces med:

- Status over hvor kommunerne, de praktiserende læger og hospitalet er i forhold til anbefalingerne i forløbsprogrammerne
- Fokus på forløbsprogrammernes ansvars- og opgavefordeling i kommunerne, ved de praktiserende læger og på hospitalet

- Koordinering af implementeringen med samarbejde og sammenhæng i de individuelle forløb internt, tværsektorielt, organisatorisk, fagligt, økonomisk og praktisk
- Fokus på samspil i implementeringsprocessen mellem de forskellige projekter i forløbsprogrammerne og forløbsprogrammerne i kommunerne, hos de praktiserende læger og på hospitalet
- Planlægge lederkonference indeholdende organisering og faglighed, hvor skal vi hen og hvordan samarbejder vi om opgaven
- Beslutning om uddannelse i sundhedspædagogik Center for Folkesundhed
- Beskrive koordinering med NIP, DDKM, hjertepakker

De faglige implementeringsgruppers opgaver er:

- Beskrive konkrete tiltag, initiativer og sammenhæng
- Beskrive kompetenceudvikling
- Planlægge Fælles Skolebænk for medarbejderne i kommunerne, hos de praktiserende læger og på hospitalet

Økonomi

Implementeringen af forløbsprogrammerne vil foregå i forhold til de økonomiske rammer i kommunerne, hos de praktiserende læger og på hospitalet.

Projekterne i de enkelte forløbsprogrammer afvikles inden for deres bevilligede økonomi og følger projektbeskrivelse og tidsplan 2010 – 2012.

Tidsplan

Kickoff temamøde 21. september 2010 kl. 12.30-16 fælles for Styregruppen og Faglige Implementeringsgrupper

Møder i Styregruppen:

25. oktober 2010 kl. 14 – 16

13. januar 2011 kl. 14-16

Møder i de faglige implementeringsgrupper:

Arbejdsgrupperne aftaler tidsplan på Kick-Off temamødet 21. september 2010

Evaluering/Monitorering

Der udarbejdes fælles indicatorsæt til evaluering og monitorering for at sikre, at effekten af implementeringen af forløbsprogrammerne kan sammenlignes på tværs i Regionen, tværsektorielt, mellem samme projekter i Region Midtjylland, kommunerne og praktiserende læger.

Region Midtjylland er tovholder på evaluering og monitorering.

Referencer

- Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom
- Forløbsprogram for type 2 diabetes
- Forløbsprogram for hjertekarsygdom