

Notat over afvigelser fra den generelle Sundhedsaftale 2008 - fordelt på klynger og kommuner

Silkeborg klyngen	2
Silkeborg Kommune	12
Skanderborg Kommune	19
Favrskov Kommune	25
Århusklyngen/Århus Kommune	37
Samsø	53
Vestklyngen	61
Herning Kommune	68
Holstebro Kommune	73
Ikast-Brande Kommune	78
Lemvig Kommune	83
Ringkøbing-Skjern Kommune	86
Struer Kommune	91
Randers klyngen	95
Randers Kommune	103
Favrskov Kommune	109
Norddjurs Kommune	110
Syddjurs Kommune	115
Horsensklyngen	118
Horsens Kommune	124
Hedensted Kommune	127
Odder Kommune	131
Ikast-Brande Kommune	135
Viborgklyngen	136
Viborg Kommune	146
Skive Kommune	149

Silkeborg klyngen

Silkeborg klyngen

Silkeborg klyngen består af: Hospitalsenheden Silkeborg, Skanderborg Kommune, Silkeborg Kommune og Favrskov Kommune.

Indledning

Baggrund

Hospitalsenheden Silkeborg og Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner vil løbende drøfte muligheder og konsekvenser for samarbejdet i forbindelse med Hospitalsenheden Silkeborgs fremtidige udvikling i henhold til Region Midtjyllands hospitalsplan, herunder som "Center of Excellence" på det medicinske område.

Aftale om indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Ved indlæggelse på Hospitalsenheden Silkeborg tildeles patienten en kontaktperson. Kontaktpersonen fungerer som den overordnede ansvarlige hospitalsansatte i relation til netop denne patients pleje og omsorg.

- Det er kontaktpersonens/stedfortræderens opgave at sikre, at indlæggelsen forløber så lempeligt som muligt, herunder at patienten og dennes pårørende får konkret, relevant information.
- Kontaktpersonen/stedfortræderer oplyser således patienten om indlæggelsesprocessen, optager indlæggelsesrapport og sørger for fremsendelse heraf til kommunen.
- Desuden sikrer kontaktpersonen/stedfortræderer, at der hurtigst muligt efter indlæggelse sker underretning til patientens pårørende og egen læge.

Såfremt det under indlæggelsesforløbet står klart, at patienten skønnes at få et funktionstab, er det kontaktpersonens opgave også at underrette kommunen herom, således at kommunen kan træffe de fornødne foranstaltninger på relevante indsatsområder.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Hospitalsenheden Silkeborg har gennem et tæt samarbejde med praksissektoren og kommunerne i regionen opnået en fremtrædende position inden for flere medicinske specialer og herigennem formet fundamentet til planlagt "Center of Excellence." Der er tale om fokus på elektive og subakutte patientforløb som kan forebygge uhensigtsmæssige, akutte indlæggelser.

Følgende nuværende og fremtidige tiltag understøtter Center of Excellence:

- Ambulant akut speciallægevurdering samme dag ved henvendelse inden kl. 12:00 på hverdage.

- Ambulant speciallægevurdering inden for 24 timer på hverdage.
- Tværfaglige og tværsektorielle "pakkeløsninger", målrettet forskellige medicinske sygdomme.
- Praktiserende læger og hjemmesygeplejersker har direkte telefonisk adgang til speciallægerådgivning inden for alle specialer i dagtiden.
- Forløbskoordinatorer med ansvar for forskellige medicinske sygdomme sikrer kommunikation og koordination på tværs.
- Patienter med visse kroniske sygdomme får rehabiliteringstilbud i samarbejde med kommunerne, eksempelvis Lunge- og Hjerteskolere.
- Nye forebyggende tiltag i samarbejde med kommunerne via sundhedsaftalerne.

Aftale om Shared Care Team:

Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner samt Hospitalsenheden Silkeborg har indgået aftale om Shared Care Team. Shared Care Team samarbejdet mellem hospitalet og den primære sektor tager udgangspunkt i det gode grænseløse patientforløb. Teamet er et tværfagligt og tværsektorielt team, der har fokus på borgere med behov for særligt sammenhængende undersøgelses-, behandlings-, pleje- og rehabiliteringsforløb. Formålet med teamet er at sikre, at patientens overgange mellem hjem/hospital/hjem bliver så smidige som muligt, og at patienterne ikke oplever sektorgrænser. Patienten skal opleve et patientforløb kendetegnet ved en god indlæggelse og en god udskrivning til hjemmet, hvor kommunikation, koordinering og kontinuitet indgår som nøgleord.

Hvad angår økonomien i Shared Care Teamet er det aftalt, at Region Midtjylland og Hospitalsenheden Silkeborg fra 1/1-2008 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. Favrskov Kommunes bidrag udgør 75.000 kr. årligt. Samarbejdsaftalen med Favrskov Kommune omkring Shared Care Team vil i første omgang være gældende til og med 2008, idet resultatet af evalueringen afventes før en eventuel videreførelse af ordningen.

Efter fælles aftale evalueres Shared Care Teamet. Formålet med procesevalueringen af Shared Care Teamet er 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.

Det samlede budget for evalueringen er på 602.455 kr. Projektet finansieres med halvdelen (301.288 kr.) af Region Midtjylland og den anden halvdel (301.288 kr.) af de tre deltagende kommuner (Silkeborg, Skanderborg og Favrskov). Kommunerne deler den kommunale halvdel efter befolkningstal. Silkeborg Kommunes andel er således 138.565 kr., Skanderborg Kommunes andel er 90.368 kr., mens Favrskov Kommunes andel er 72.295 kr.

Krav 3

3.2 Opfølgning fra lokalt niveau (klynger)

Opfølgningen sikres på to niveauer: I den lokale styregruppe og i kontaktgrupper. Jf. beskrivelsen af Silkeborg klyngens underliggende struktur afsnit 3.2.1 nedenfor.

Evaluering: Der gennemføres årligt (i marts måned) en evaluering af og opfølgning på samarbejdet og dets resultater. Formandskabet for klyngen har ansvaret for, at der årligt udarbejdes en skriftlig redegørelse for samarbejdet med udgangspunkt i den indgåede sundhedsaftale.

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur

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.

Lokal styregruppe

Der etableres en lokal styregruppe bestående af de tre kommuner, regionshospitalet 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 skal der være repræsentanter fra alle samarbejdsparter 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 praksiskonsulenten og for kommunernes vedkommende kommunale lægekonsulenter.

Desuden deltager repræsentanter fra Region Midtjyllands Afdeling for Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed, 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 – Hospitalsenheden Silkeborg 2007, Favrskov Kommune 2008, Silkeborg Kommune 2009, Skanderborg Kommune 2010
- Der udarbejdes en samlet årlig opfølgning på samarbejdet og dets resultater
- Sekretariatsfunktionen følger formandskabet

Der er udarbejdet et kommissorium for styregruppen [bilag 1.8]

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 sidder 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 en gang i kvartalet
- 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

Aftale om udskrivningsforløb

Krav 3

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Aftale om Shared Care Team: Se formulering under krav 2 i aftalen om indlæggelse.

Patientuddannelse og patientskoler:

Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner ønsker som led i at sikre en hurtig udskrivning fra hospitalet i fællesskab at tilbyde visse patientkategorier patientuddannelse og patientskoler.

Lægevisiterede og sygdomsspecifikke patientskoler tænkes udviklet efter de forløbsprogrammer, som region og kommuner er i færd med at udarbejde for en koordineret sammenhængende indsats i forhold til tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af borgere med følgende kroniske diagnoser: KOL, diabetes mellitus og iskæmisk hjertesygdom. Forløbsprogrammerne bliver endelig besluttet i efteråret 2008. Forslag til patientskoler skal herefter fremlægges politisk.

Samarbejdspartnerne ønsker en fælles udredning af organisering og finansiering af patientskoler/-uddannelse. Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, at patientskoler/-uddannelse opbygges så ensartet som muligt i hele Region Midtjylland. I den forbindelse er der ansat en koordinator i samarbejde med Region Midtjylland, Hospitalsenheden Silkeborg, Silkeborg Kommune og Skanderborg Kommune. Favrskov Kommunes forebyggelses- og sundhedskonsulent vil samarbejde med denne koordinator og bidrage til udredningsarbejdet med konsulenttimer svarende til 60.000 kr. årligt i tre år. (Dette svarer til ca. 5 timer pr. uge). Udredningen skal ses i forlængelse af de planlagte kronikerprogrammer fra Region Midtjylland.

Som et supplement til patientskolerne tilbyder Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg, Silkeborg og Favrskov kommuner borgere med kronisk sygdom et patientuddannelsesforløb "Lær at leve med kronisk sygdom" efter Sundhedsstyrelsens koncept.

Der er tale om en bred sundhedsfaglig visitation til dette program. Det vil sige, at læger, sygeplejersker og terapeuter i både kommunal og regional sektor kan henvise deltagere. Interesserede borgere kan også henvende sig direkte til projektkoordinator på eget initiativ eller på opfordring fra den kommunale sagsbehandler.

Krav 4

Der henvises til krav 3 i aftalen om indlæggelse, hvori organisationen og strukturen for det fremtidige samarbejde mellem Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter samt Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner og praksissektoren er beskrevet. Alle obligatoriske somatiske områder i sundhedsaftalen behandles under et i såvel den lokale styregruppe samt i kontaktgrupperne.

Aftale om træningsområdet

Krav 1

1.4 Opgavefordeling

For nogle borgere kan det være relevant at følge et forløb i en af de patientskoler, som Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner ønsker at etablere i fællesskab som led i at sikre en hurtig udskrivning fra hospitalet.

Lægevisiterede og sygdomsspecifikke patientskoler tænkes udviklet efter de forløbsprogrammer, som region og kommuner er i færd med at udarbejde for en koordineret sammenhængende indsats i forhold til tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af borgere med følgende kroniske diagnoser: KOL, diabetes mellitus og iskæmisk hjertesygdom. Forløbsprogrammerne bliver endelig besluttet i efteråret 2008. Forslag til patientskoler skal herefter fremlægges politisk.

Som et supplement til patientskolerne tilbyder Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg, Silkeborg og Favrskov kommuner borgere med kronisk sygdom et patientuddannelsesforløb "Lær at leve med kronisk sygdom" efter Sundhedsstyrelsens koncept.

Der er tale om en bred sundhedsfaglig visitation til dette program. Det vil sige, at læger, sygeplejersker og terapeuter i både kommunal og regional sektor kan henvise deltagere. Interesserede borgere kan også henvende sig direkte til projektkoordinator på eget initiativ eller på opfordring fra den kommunale sagsbehandler.

Krav 2

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Dialogen mellem kommune og hospital sikres gennem organiseringen af samarbejdet i Silkeborg Klyngen med to niveauer – lokal styregruppe og kontaktgruppe for hver af de tre kommuner (der henvises til beskrivelsen af samarbejdsstrukturen).

Den lokale styregruppe varetager den generelle opfølgning, mens konkrete sager behandles i kontaktgruppen samt ved direkte kontakt parterne imellem omkring det konkrete patientforløb.

Krav 5

5.2 Etablering af lokale styregrupper

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse.

5.7 Vidensdeling sektorerne imellem

Der findes det organiserede faglige netværk mellem de tre kommuner og Hospitalsenheden Silkeborg, som består af de tre kontaktgrupper. I kontaktgruppen drøftes det daglige, praktiske samarbejde i relation til Sundhedsaftalen. Grupperne mødes mindst en gang i kvartalet og består af repræsentanter fra funktions- og afdelingslederrepræsentanter, som også sidder med i styregruppen og er bindeled hertil.

Herudover findes terapeutgruppen, som består af ledende terapeuter, visitatorer, genoptræningskonsulenter m.fl., der beskæftiger sig med faglige problemstillinger og erfaringsudveksler på baggrund heraf. Der arrangeres temadage som kilde til vidensdeling sektorerne imellem, spontant på initiativ fra ledende terapeuter på hospitalet og på opfordring fra kommunerne (ad hoc). Desuden er der mulighed for fælles skolebænk, "føl"-ordning og temadage, samt også ønsket om, at sådan vidensdeling tillige bør ligge i kommunalt regi, med udgangspunkt i de kommunale opgaver, problemstillinger og -løsninger. Det er foreslået, at et sådant initiativ i mere struktureret og organiseret form vil kunne udspringe af arbejdet i kontaktgrupperne.

Aftale om hjælpemiddelområdet

Krav 5

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1

1.2.2. Hospitalsenheden Silkeborgs patientrettede forebyggelsestilbud

Hospitalsenheden Silkeborg har i samarbejde med de tre klyngekommuner etableret projekter på en række sygdomsområder, herunder "patient uddannelse" og patientskoler, Tobaksområdet og Center for bevægeapparatlidelser.

Hospitalsenheden Silkeborg har flere patientrelaterede tilbud, hvoraf nogle fremover vil foregå i samarbejde med kommunerne. Patientskolerne er endnu ikke fuldt udbyggede, hvorfor der stadig i hospitalsregi er følgende tilbud:

- Hjerterehabilitering: Der er tale om et efterbehandlingstilbud til hjertepatienter, der har været indlagt med iskæmisk hjertesygdom. Hjerterehabiliteringen foregår gennem et kombineret undervisnings- og træningsprogram. Formålet med tilbuddet er at give patienterne mulighed for at leve et så selvstændigt og aktivt liv som muligt, samt mindske gener efter sygdommen.
- Lungeskole: Der er tale om et efterbehandlingstilbud for patienter med kronisk lungesygdom. Lungeskolen foregår gennem et kombineret undervisnings- og træningsprogram. Formålet med tilbuddet er at give patienterne mulighed for at leve et så selvstændigt og aktivt liv som muligt. Hensigten er således at hjælpe patienterne til at komme tilbage til et aktivt arbejdsliv i hverdagen, samt at bedre den enkeltes funktionsniveau i hverdagen.

Herudover tilbydes alle rygere fra klyngekommunerne, der indlægges eller er i ambulant forløb, en samtale om rygestop i forbindelse med hospitalskontakten.

For så vidt angår forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud i forhold til gravide henvises til afsnit 1.3.3.1.

Center for Bevægeapparatlidelser:

Aftalens parter fortsætter samarbejdet om Center for Bevægeapparatlidelser, der løber frem til 1. august 2008.

Der er tale om et koordineret tilbud, som retter sig mod borgere/patienter med subakut uspecifik lænderygbesvær, der har været sygemeldt fra arbejde i 4-12 uger. Udredningen af disse patienters symptomer sker på tværfaglig basis.

Formålet med interventionen er at sikre den enkelte borger en hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet og dermed reducere sygefraværets længde, at lære den enkelte at håndtere rygsmerter, at reducere forbruget af sundheds- og sociale ydelser, at udvikle samarbejdsmodeller for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, samt at formidle viden om uspecifikt lænderygbesvær til borgere og professionelle i lokalområdet.

Endvidere har der været drøftelser med Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner om etablering af et lignende projekt rettet mod patienter med uspecificerede smerter fra skulder/nakke, der har været sygemeldt i 4-12 uger. Tilbuddet om deltagelse i et sådant projekt planlægges åbent for alle kommuner i regionen.

1.2.3.1 Klyngekommunernes patientrettede forebyggelsestilbud:

Patientuddannelse og patientskole:

Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner ønsker som led i at sikre en hurtig udskrivning fra hospitalet i fællesskab at tilbyde visse patientkategorier patientuddannelse og patientskoler.

Lægevisiterede og sygdomsspecifikke patientskoler tænkes udviklet efter de forløbsprogrammer, som region og kommuner er i færd med at udarbejde for en koordineret sammenhængende indsats i forhold til tidlig opsporing, behandling og rehabilitering af borgere med følgende kroniske diagnoser: KOL, diabetes mellitus og iskæmisk hjertesygdom. Forløbsprogrammerne bliver endelig besluttet i efteråret 2008. Forslag til patientskoler skal efterfølgende behandles politisk.

Samarbejdspartnerne ønsker en fælles udredning af organisering og finansiering af patientskoler/-uddannelse. Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, at patientskoler/-uddannelse opbygges så ensartet som muligt i hele Region Midtjylland. I den forbindelse ansættes en koordinator i samarbejde med Region Midtjylland, Hospitalsenheden Silkeborg, Silkeborg Kommune og Skanderborg Kommune. Favrskov Kommunes forebyggelses- og sundhedskonsulent vil samarbejde med denne koordinator og bidrage til udredningsarbejdet med konsulenttimer svarende til 60.000 kr. årligt i tre år. (Dette svarer til ca. 5 timer pr. uge). Udredningen skal ses i forlængelse af de planlagte kronikerprogrammer fra Region Midtjylland.

Som et supplement til patientskolerne tilbyder Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg, Silkeborg og Favrskov kommuner borgere med kronisk sygdom et patientuddannelsesforløb "Lær at leve med kronisk sygdom" efter Sundhedsstyrelsens koncept.

Der er tale om en bred sundhedsfaglig visitation til dette program. Det vil sige, at læger, sygeplejersker og terapeuter i både kommunal og regional sektor kan henvise deltagere. Interesserede borgere kan også henvende sig direkte til projektkoordinator på eget initiativ eller på opfordring fra den kommunale sagsbehandler.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Skanderborg Kommune, Silkeborg Kommune og Hospitalsenheden Silkeborg har et samarbejdsprojekt på tobaksforebyggelsesområdet. Favrskov Kommune har som nævnt ligeledes et tobaksforebyggelsesprojekt. De tre kommuner og hospitalet samarbejder i relation til uddannelse og kompetenceudvikling af rygestoprådgivere, netværksmøder o. lign.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Patientuddannelse og patientskole: Se afsnit 1.2.3.1 Klyngekommunernes patientrettede forebyggelsestilbud.

Center for Bevægeapparatlidelser: Se afsnit 1.2.2. Hospitalsenheden Silkeborgs patientrettede forebyggelsestilbud.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Hospitalsenheden Silkeborg har flere tilbud i relation til svangre, og der er herfra et ønske om, at nogle af disse fremover må foregå i samarbejde med kommunerne. Patientskolerne er endnu ikke fuldt udbyggede, hvorfor der stadig i hospitalsregi er følgende tilbud:

- En patientskole på området 'overvægtige gravide'. Målgruppen for denne skole er udvidet til at omfatte gravide, som har et bodymass-index på mere end 27 – netop for at øge forebyggelsesindsatsen.

Kurset søger gennem aktiv kost- og motionsvejledning at forebygge sygdomme i relation til ikke kun graviditet og fødsel, men også i relation til moderens og barnets sundhed i det videre livsforløb. Herigennem kan eksempelvis potentielle fraværmeldinger forebygges og forbruget af sundheds- og sociale ydelser reduceres.

Derudover findes, ligeledes i hospitalsregi:

- Akupunkturklinik for gravide med bækkensmerter på Hospitalsenheden Silkeborg og på Skanderborg Sundhedscenter. Hensigten er at aflaste de svangre og udsætte fraværmelding til arbejdspladsen.
- Rygestop – for både de kommende mødre og deres partnere.
- Motion i vand – konditionstræning og redskaber til fødselsforløbet og forebyggelse af sygdomsmeldinger under graviditeten.
- Fødselsforberedelse for grupper, par eller individuelt – heri indgår også en vis socialpræventiv indsats i forhold til sårbare grupper.

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Differentierede tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse:

Der findes et samarbejde mellem Hospitalsenheden Silkeborg og klyngekommunerne om de sårbare gravide: I relation til sårbare gravide er der et mangeårigt samarbejde om henvisning og tværfaglige drøftelser på tværs af sektorerne, hvilket vil sige mellem jordmødrene på Hospitalsenheden Silkeborg og sundhedsplejen i klyngekommunerne.

Begrænsning i sygefravær og arbejdsfastholdelse:

Center for Bevægeapparatlidelser: Se afsnit 1.2.2. Hospitalsenheden Silkeborgs patientrettede forebyggelsestilbud.

Krav 2

2.1 Det løbende samarbejde

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse (organiseringen i klyngen) + Evaluering: Der gennemføres årligt (i marts måned) en evaluering af og opfølgning på samarbejdet og dets resultater. Formandskabet for klyngen har ansvaret for, at der årligt udarbejdes en skriftlig redegørelse for samarbejdet med udgangspunkt i den indgåede sundhedsaftale.

2.2 Tilgængelighed af information

Af Den Danske Kvalitetsmodel, som Hospitalsenheden Silkeborg er underlagt, følger, at e-Dok som udgangspunkt anvendes som kilde til information om hospitalsenhedens politikker, retningslinjer og instrukser.

Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner er enige om at ville afvente udredning i IT-temagruppen vedr. fremtidigt fælles elektronisk værktøj, der skal benyttes til kommunikation mellem hospitalet, almen praksis og kommunerne.

Indtil en nærmere afklaring foreligger indsamler og synliggør Region Midtjylland sundhedsfremme og forebyggelsestilbud fra Hospitalsenheden Silkeborg og Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner på regionens hjemmeside (www.rm.dk). Favrskov, Skanderborg og Silkeborg kommuner fremsender beskrivelser af tilbud med udgangspunkt i skabelon som bilag 5.4

Hospitalsenheden Silkeborg:

Implementeringsansvarlig vedr. e-Dok (funktion) på Hospitalsenheden Silkeborg fremsender beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk).

Krav 4

4.4 Videndeling mellem sektorerne

Vidensdelingen foregår på generelt niveau i den samarbejdsstruktur, der er aftalt mellem Hospitalsenheden Silkeborg og kommunerne i klyngen. Projektlederne for de fælles projekter giver med jævne mellemrum en status til samarbejds møderne mellem Hospitalsenheden Silkeborg og kommunerne i klyngen.

På konkret niveau/projektniveau deltager de involverede parter i en fælles styregruppe med henblik på den nødvendige koordination og vidensdeling. Det gælder f.eks. i relation til patientuddannelse/patientskoleprojektet, hvor både Hospitalsenheden Silkeborg og kommunerne i klyngen er repræsenteret.

4.5 Metodeudvikling

Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner samt Hospitalsenheden Silkeborg har indgået aftale om fælles kompetenceudvikling. Den fælles indsats skal udvikle medarbejdernes kompetencer gennem en fælles forståelse af de tværsektorielle opgaver. Der er bl.a. fokus på fælles kompetenceudvikling i forhold til:

- Sårpleje: Der har været arrangeret 4 dage, hvor plejepersonale fra primærsektoren har fulgt sygeplejersker på Ortopædisk Afdeling på Hospitalsenheden Silkeborg for derigennem at ajourføre viden inden for sårpleje. Der har ligeledes været afholdt undervisning af plejepersonalet samt afholdt ERFA-møder mellem plejepersonalet og hjemmesygeplejerskerne.
- Stomi: Der er blevet afholdt to undervisningsdage, hvor plejepersonalet undervises i de forskellige stomiformer, årsagerne til stomi samt praktisk stomipleje.
- Genoptræning: Der er blevet etableret følordninger, hvor en kommunal terapeut følger en terapeut fra Hospitalsenheden Silkeborg med henblik på at tilegne sig særlige faglige færdigheder.

Krav 6

6.1 Opfølgning på sundhedsaftalerne

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse (organiseringen i klyngen) + Evaluering: Der gennemføres årligt (i marts måned) en evaluering af og opfølgning på samarbejdet og dets resultater.

Formandskabet for klyngen har ansvaret for, at der årligt udarbejdes en skriftlig redegørelse for samarbejdet med udgangspunkt i den indgåede sundhedsaftale.

Silkeborg Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Silkeborg klyngen, der består af: Silkeborg Kommune, Skanderborg Kommune, Favrskov Kommune, Hospitalsenheden Silkeborg og praksis.

Indledning

Baggrund

Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune tager udgangspunkt i den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland. Der er indgået særlige aftaler mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg og Skanderborg kommuner. Der er indgået aftale om Shared Care Team i samarbejde mellem Silkeborg og Skanderborg kommuner samt Hospitalsenheden Silkeborg. Mellem Silkeborg og Skanderborg kommuner samt Hospitalsenheden Silkeborg er der ligeledes indgået en aftale om et 2-årigt tobaksprojekt. Herudover har Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner og Hospitalsenheden Silkeborg indgået aftale om et 3-årigt projekt om patientuddannelse og patientskoler

Værdier for samarbejdet i sundhedsaftalerne for Region Midtjylland

Region Midtjylland og kommunerne i regionen har i forbindelse med den generelle sundhedsaftale formuleret værdier for "det gode samarbejde med brugerne" og "det gode samarbejde mellem hospitalerne, de praktiserende læger og kommunerne".

Silkeborg og Skanderborg kommuner, Hospitalsenheden Silkeborg og de praktiserende læger i de to kommuner ser meget positivt på, at der på det regionale niveau er aftalt en række værdier til grund for samarbejdet. Parterne ønsker, at det værdibaserede samarbejde også er en grundpille i den fremadrettede, lokale samarbejdsstruktur. Der er allerede tradition for et godt og tæt samarbejde mellem de tre kommuner, hospitalet og de praktiserende læger, hvilket skal fortsættes og udbygges fremover.

Sundhedsaftalen skal bidrage til, at kommunerne, hospitalet og de praktiserende læger i de tre kommuner alle bidrager aktivt til, at borgeren altid sættes i centrum i en fælles, sammenhængende indsats. Samarbejdet skal hvile på gensidig respekt og tillid mellem parterne, som ønsker at søge løsninger med patientens/borgerens tarv som det fælles omdrejningspunkt. Gennem den fælles indsats ønsker parterne endvidere løbende at medvirke til gensidig effektiv ressourceudnyttelse.

Eventuelle tvivlsspørgsmål eller samarbejdsproblemer søges altid løst gennem dialog og gensidig respekt, og alle parter har en fælles forståelse for, at der er tale om en "1. generations sundhedsaftale", som løbende bør kvalitetsvurderes. Endvidere har alle parter en fælles forståelse for, at parterne i en vis udstrækning har fået nye roller og snitflader til hinanden, og at den løbende dialog er redskabet til at håndtere udfordringer i den nye struktur på sundhedsområdet.

Aftale om indlæggelsesforløb

Fælles målsætninger for det gode indlæggelsesforløb

Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter, kommunerne Silkeborg og Skanderborg samt praksissektoren har indgået aftale om udskrivnings- og indlæggelsesforløb med henblik på at bidrage til, at patienten får et godt og grænseløst patientforløb, uanset om de får behov for ydelser fra regionen eller kommunerne.

Aftalen har til formål at,

- *Patienten tilbydes et forløb af høj faglig kvalitet, uanset om de har behov for ydelser fra den ene eller den anden sektor*
- *Patienten oplever en høj faglig kvalitet og en tilsvarende høj kvalitet og etik i den menneskelige kontakt og kommunikation*
- *Patienten oplever sammenhæng og samarbejde samt god kommunikation og koordinering mellem de tre samarbejdsparter*
- *Patienten oplever ingen begrænsninger eller uhensigtsmæssige overgange mellem sektorerne*

Det gode grænseløse patientforløb optimeres ved, at samarbejdsparterne forpligter sig i forhold til følgende overordnede værdier:

- *Respekt – for hinandens arbejde og for patienterne*
- *Tillid – til at alle parter vil patienten det bedste*
- *Ansvarlighed – i opgavevaretagelsen*

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Regionalt Sundhedssamarbejde står for opdatering af listen.

Ældreafdelingen i Silkeborg Kommune indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Ledelsessekretariatet på Hospitalsenheden Silkeborg indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

MedCom korrespondancemeddelelse mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg Kommune påbegyndes d. 1. januar 2009.

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse sker ikke automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis fra Hospitalsenheden Silkeborg. Der arbejdes på opsætning af dette. Modtagelse af automatisk afbestilling fra hospitalet kan ske fra ultimo 2008 i Silkeborg Kommune.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse sker ikke automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis fra Hospitalsenheden Silkeborg. Der arbejdes på opsætning af dette. Modtagelse af automatisk afbestilling fra hospitalet kan ske fra ultimo 2008 i Silkeborg Kommune.

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse varetages af den modtagne sygeplejerske på Hospitalsenheden Silkeborg indtil advis-systemet implementeres.

Silkeborg Kommune forventer at benytte indlæggelsesadvis og udskrivningsadvis. Der anvendes endnu ikke nogen standarder, da funktionen endnu ikke er implementeret.

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har åben indlæggelse

En åben indlæggelse defineres som: "Et tilbud til tidligere indlagte patienter, der er alvorligt syge og plejes i eget hjem, og der i tilfælde af akut behov for hospitalsbehandling og/eller tryghed hos patient eller pårørende kan genindlægges på en tildelt stamafdeling uden den sædvanlige henvisningsprocedure".

Aftale om udskrivningsforløb

Fælles målsætninger for det gode udskrivningsforløb

Se afsnittet "Fælles målsætninger for det gode indlæggelsesforløb" under aftalen om indlæggelse.

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Den kommunale kontakt i Silkeborg Kommune er: Visitationenheden eller borgerens konkrete kontaktperson. Telefonnummeret er oplyst ved indlæggelsen (samarbejdsbogen).

Det tilstræbes, at udskrivningen planlægges allerede fra indlæggelsestidspunktet. Den afdeling, som borgeren indlægges på tager snarest mulig kontakt til hjemmeplejen, hvis det vurderes, at der efter udskrivning bliver behov for kommunens indsats. Planlægningen foregår altid i samarbejde med borgeren.

Generelle retningslinjer ved udskrivelse:

- Når borgere, der er omfattet af kommunens hjemmepleje, forberedes til udskrivelse, sørger hospitalet for, at hjemmeplejen så tidligt som muligt får oplysninger om forventet pleje- og omsorgsbehov, status for funktions- og færdighedsniveau og behov for eventuelle hjælpemidler.*
- Hospitalet sørger ved udskrivelsen for, at borgeren eller dennes pårørende har relevante recepter og mulighed for at hente medicin. Er dette ikke muligt indtelefonerer den udskrivende læge recepterne og bestiller udbringning fra apoteket. Borgeren får medicin med hjem til den første efterfølgende dag.*
- Med borgerens samtykke sendes epikrise til den praktiserende læge og plejeplan til hjemmeplejen.*
- Hospitalets socialrådgiver tager kontakt til kommunens socialrådgiver ved borgere med sociale problemstillinger.*

1.2.4 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

Udgangspunktet for samarbejdet i praksis er også her den værdibaserede tilgang, dog med respekt for ovenstående generelle frister i sundhedsaftalen.

Aftale om træningsområdet

Krav 1

1.1 Fælles målsætninger for genoptræningsområdet

Se afsnittet "Fælles målsætninger for det gode indlæggelsesforløb" under aftalen om indlæggelse.

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Silkeborg Kommune har indgået aftale med de privatpraktiserende fysioterapeuter om udførelse af opgaver. De privatpraktiserende fysioterapeuter anvendes primært som buffere inden for følgende patientgrupper: Ukomplekse rygge, nakke, skuldre, albuer, hofter, knæ og ankel/fødder samt genoptræningsopgaver, hvor der er behov for specialuddannet børneterapeut.

De privatpraktiserende fysioterapeuter kan ifølge den indgåede aftale med Silkeborg Kommune påtage sig opgaver inden for følgende områder:

- *alle typer af genoptræning som viderevisiteres*
- *konservativt behandlede diagnosegrupper, hvor genoptræning foregår på klinik*
- *kun genoptræning der foregår i borgerens eget hjem*
- *genoptræning af børn*

Udllicitering er en løbende proces, og kommunen ønsker at overtage flere opgaver. Dette drøftes med Hospitalsenheden Silkeborg.

1.4 Opgavefordeling

Silkeborg Kommune har planer om, at overtage flere almindelige ambulante genoptræningsopgaver fra Hospitalsenheden Silkeborg. Overtagelsesprocessen er løbende og drøftes med Hospitalsenheden Silkeborg.

1.5 Hjerneskodeområdet

Silkeborg Kommunes koordinator på hjerneskodeområdet er: Socialrådgiver Anette Damgård, Handicap- og Psykiatridelingen, tlf. 8970 1828

Krav 2

2.1 Genoptræningsplan

Dato for modtagelse af elektroniske genoptræningsplaner:

Silkeborg Kommune kan modtage elektroniske genoptræningsplaner fra 1. oktober 2008.

Udveksling af slutstatus:

Der udveksles ikke slutstatus mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg Kommune ved afslutning af borgerens genoptræningsforløb.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Silkeborg Kommunes eventuelle ventetid ved genoptræningstilbud oplyses pt. ikke på kommunens hjemmeside, men der er planer herom.

Aftale om hjælpemiddelområdet

Krav 2

2.3 Ændringer i kapacitetsbehov

Orientering om den løbende styring af kapacitet mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg Kommune sikres gennem samarbejdsstrukturen i Silkeborg klyngen – den lokale styregruppe, der mødes 2 gange årligt og kontaktgruppen, der mødes en gang i kvartalet.

2.5.2 Opfølgning fra lokalt niveau i klyngerne:

Parterne vil, når Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdets afklaringskatalog foreligger, drøfte muligheden for at indgå aftale om et fælles hjælpemiddeldepot.

Krav 3

3.1.4 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer:

Se aftalen om udskrivelse krav 1, afsnit 1.2.4..

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Silkeborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Tobaksprojekt:

Silkeborg og Skanderborg kommuner har indgået et 2-årigt samarbejdsprojekt på tobaksforebyggelsesområdet med Favrskov Kommune som tæt samarbejdspartner i relation til uddannelse og kompetenceudvikling af rygestoprådgivere o. lign.

Det er aftalt med Hospitalsenheden Silkeborg, at alle rygere fra de to kommuner, der indlægges eller er i et ambulant forløb på Hospitalsenheden Silkeborg, tilbydes en samtale om rygestop i forbindelse med sygehuskontakten, og der gennemføres en konkret indsats ved rygestoprådgivere for motiverede patienter.

Der er iværksat en særlig intensiveret indsats overfor storrygere, rygere der er kronisk syge eller andre særlige risikogrupper. Ofte vil det være hospitalet, der starter en indsats, hvorefter kommunerne har et opfølgende tilbud efter behandlingsforløbet. Det kan f.eks. være i regi af patientskoler/patientuddannelser, hvorfor kommunerne tænker rygeafvænning ind i patientuddannelsesaktiviteterne.

Der tilbydes rygestoptilbud til alle kommunale medarbejdere.

Kommunerne arbejder på at forebygge rygestart blandt børn og unge ved intervention/undervisning i kommunernes folkeskoler med særlig vægt på 5. og 6. klasserne i et tæt samarbejde med forældrene.

Kommunerne understøtter private virksomheder, organisationer og ungdomsuddannelsesinstitutioner i lokalområdet med at indføre røgfrie miljøer og rygestop.

Projektet finansieres med 1,6 mill. over to år fordelt mellem de to kommuner efter befolkningsandel. Hospitalsenheden Silkeborg bidrager med 100.000 kr.

Rehabiliteringskurser for mennesker med kræft:

Silkeborg Kommune og Kræftens bekæmpelse har etableret et fælles 3-årigt projekt med henblik på at tilbyde rehabiliteringskurser for mennesker med kræft. Målgruppen er særligt kræftramte i den erhvervsaktive alder, hvor der arbejdes på, at den enkelte kan fastholde eller genetablere en tilknytning til arbejdsmarkedet. Andre kræftramte kan efter nærmere vurdering også deltage i kursusforløbene.

Kræftens Bekæmpelse varetager projektledelsen. Der er etableret en styregruppe med repræsentanter fra Silkeborg Kommune, Kræftens Bekæmpelse, patientuddannelsesprojektet og de praktiserende læger for at sikre den nødvendige koordination og rekruttering til kurset. I løbet af projektet vil der ske en gradvis overlevering af opgaven til Silkeborg Kommune med henblik på fremadrettet forankring. Silkeborg Kommune finansierer projektet med i alt 900.000 kr. i projektperioden.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Silkeborg Kommune har iværksat et samarbejdsprojekt med de praktiserende læger, der skal øge koordineringen af den forebyggende indsats inden for alkoholområdet.

Formålet med projektet er:

- at styrke samarbejdet mellem Silkeborg Kommune og de praktiserende læger*
- at udvikle og afprøve metoder til tidlig opsporing af personer med alkoholproblemer*
- at forbedre kendskabet til og dermed den fælles indsats overfor borgere med erkendt og diagnosticeret alkoholmisbrug, således at borgeren oplever indsatsen som helhedsorienteret og sammenhængende*

Målgruppen for projektet er borgere med et begyndende og moderat alkoholmisbrug. Målgruppen inkluderer såvel borgere, der selv henvender sig til lægen med deres alkoholproblem, som borgere der henvender sig til lægen af andre årsager, men hvor alkohol spiller en rolle.

Tobaksprojekt: Se afsnit 1.2.3.1 Silkeborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelse

Tobaksprojekt: Se afsnit 1.2.3.1 Silkeborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud.

Rehabiliteringskurser for mennesker med kræft: Se afsnit 1.2.3.1 Silkeborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Silkeborg Kommunes sundhedspleje gennemfører i løbet af 2008 og 2009 et projekt, hvis formål er at arbejde med livsstilsændringer i barnets familie med fokus på såvel kost som bevægelse. Arbejdet i projektet foregår via hjemmebesøg og i tæt samarbejde med praktiserende læger.

Målgruppen er børn og deres familier, der ved barnets 3-års undersøgelse hos den praktiserende læge viser en vægtudvikling med risiko for overvægt, svær overvægt eller fedme.

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Psykiatriske patienter:

Region Midtjyllands lokalpsykiatri og Silkeborg Kommune samarbejder om et fælles projekt vedr. "Livsstilsintervention med løsninger for livet", som er en indsats rettet mod mennesker med sindslidelser. Indsatsen har til formål at stabilisere vægten ved hjælp af kalorielet kost og motion som en integreret del af dagligdagen. Formålet er også at øge fokus på livskvalitet og velvære gennem sund kost og motion. Tilbuddet er bl.a. for mennesker med depression, skizofreni og borderline personlighedsforstyrrelser. Der gennemføres for-samtaler med henblik på orientering om gruppen og afklaring af motivation.

Differentierede tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse:

Der findes en intersektoriel sparring mellem Silkeborg Kommune og Hospitalsenheden Silkeborg: Generelt for alle områdets gravide arbejdes i teams på tværs af sektorgrænserne. Således er jordmødrene på Hospitalsenheden Silkeborg i lighed med de kommunale sundhedsplejersker i Silkeborg Kommune opdelt i distrikter (Nord, Syd, Øst og Vest). Denne intersektorielle sparring er med til at styrke samarbejdet og indsatsen ikke mindst i relation til særligt sårbare grupper.

Begrænsning i sygefravær og arbejdsfastholdelse:

Silkeborg Kommune har etableret et samarbejdsprojekt med de praktiserende læger med det formål at skabe øget koordinering af indsatsen over for borgere, der modtager sygedagpenge pga. en psykisk lidelse.

Formålet med projektet er:

- at styrke samarbejdet mellem Silkeborg Kommune og de praktiserende læger*
- at udvikle metoder til en mere effektiv indsats overfor sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser*

Målgruppen for projektet er borgere i Silkeborg Kommune, der modtager sygedagpenge pga. psykiske lidelser (fx stressrelaterede og psykosomatiske tilstande).

Krav 2

2.2 Tilgængelighed af information

Enheden for Sundhedsfremme og Forebyggelse i Silkeborg Kommune fremsender beskrivelser af sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk).

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Silkeborg og Skanderborg kommuner har ansat praksiskonsulenter, der bl.a. fungerer som informationsled mellem kommunerne og de praktiserende læger. Kommunerne informerer løbende om tilbud til kronisk syge, rygere eller andre målgrupper for kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser gennem foldere til praktiserende læger, patientforeninger mv. Der informeres løbende om kommunernes tilbud og aktiviteter på kommunernes hjemmesider.

Skanderborg Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Skanderborg Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Silkeborg klyngen, der består af: Silkeborg Kommune, Skanderborg Kommune, Favrskov Kommune, Hospitalsenheden Silkeborg og praksis.

Indledning

Baggrund

Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Silkeborg Kommune tager udgangspunkt i den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland. Der er indgået særlige aftaler mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Silkeborg og Skanderborg kommuner. Der er indgået aftale om Shared Care Team i samarbejde mellem Silkeborg og Skanderborg kommuner samt Hospitalsenheden Silkeborg. Mellem Silkeborg og Skanderborg kommuner samt Hospitalsenheden Silkeborg er der ligeledes indgået en aftale om et 2-årigt tobaksprojekt. Herudover har Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner og Hospitalsenheden Silkeborg indgået aftale om et 3-årigt projekt om patientuddannelse og patientskoler.

Værdier for samarbejdet i sundhedsaftalerne for Region Midtjylland

Region Midtjylland og kommunerne i regionen har i forbindelse med den generelle sundhedsaftale formuleret værdier for "det gode samarbejde med brugerne" og "det gode samarbejde mellem hospitalerne, de praktiserende læger og kommunerne".

Silkeborg og Skanderborg kommuner, Hospitalsenheden Silkeborg og de praktiserende læger i de to kommuner ser meget positivt på, at der på det regionale niveau er aftalt en række værdier til grund for samarbejdet. Parterne ønsker, at det værdibaserede samarbejde også er en grundpille i den fremadrettede, lokale samarbejdsstruktur. Der er allerede tradition for et godt og tæt samarbejde mellem de tre kommuner, hospitalet og de praktiserende læger, hvilket skal fortsættes og udbygges fremover.

Sundhedsaftalen skal bidrage til, at kommunerne, hospitalet og de praktiserende læger i de tre kommuner alle bidrager aktivt til, at borgeren altid sættes i centrum i en fælles, sammenhængende indsats. Samarbejdet skal hvile på gensidig respekt og tillid mellem parterne, som ønsker at søge løsninger med patientens/borgerens tarv som det fælles omdrejningspunkt. Gennem den fælles indsats ønsker parterne endvidere løbende at medvirke til gensidig effektiv ressourceudnyttelse.

Eventuelle tvivlsspørgsmål eller samarbejdsproblemer søges altid løst gennem dialog og gensidig respekt, og alle parter har en fælles forståelse for, at der er tale om en "1. generations sundhedsaftale", som løbende bør kvalitetsvurderes. Endvidere har alle parter en fælles forståelse for, at parterne i en vis udstrækning har fået nye roller og snitflader til hinanden, og at den løbende dialog er redskabet til at håndtere udfordringer i den nye struktur på sundhedsområdet.

Aftale om indlæggelsesforløb

Fælles målsætninger for det gode indlæggelsesforløb

Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter, kommunerne Silkeborg og Skanderborg samt praksissektoren har indgået aftale om udskrivnings- og indlæggelsesforløb med henblik på at bidrage til, at patienten får et godt og grænseløst patientforløb, uanset om de får behov for ydelser fra regionen eller kommunerne.

Aftalen har til formål at,

- *Patienten tilbydes et forløb af høj faglig kvalitet, uanset om de har behov for ydelser fra den ene eller den anden sektor*
- *Patienten oplever en høj faglig kvalitet og en tilsvarende høj kvalitet og etik i den menneskelige kontakt og kommunikation*
- *Patienten oplever sammenhæng og samarbejde samt god kommunikation og koordinering mellem de tre samarbejdsparter*
- *Patienten oplever ingen begrænsninger eller uhensigtsmæssige overgange mellem sektorerne*

Det gode grænseløse patientforløb optimeres ved, at samarbejdsparterne forpligter sig i forhold til følgende overordnede værdier:

- *Respekt – for hinandens arbejde og for patienterne*
- *Tillid – til at alle parter vil patienten det bedste*
- *Ansvarlighed – i opgavevaretagelsen*

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Regionalt Sundhedssamarbejde står for opdatering af listen.

Fagsekretariatet for Ældre i Skanderborg Kommune indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Ledelsessekretariatet på Hospitalsenheden Silkeborg indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

MedCom korrespondancemeddelelse mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg Kommune påbegyndes d. 1. januar 2009.

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse sker ikke automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis fra Hospitalsenheden Silkeborg. Der arbejdes på opsætning af dette. Modtagelse af automatisk afbestilling fra hospitalet kan ske fra 1. januar 2009 i Skanderborg Kommune.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Indlæggelsesadvis:

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse sker ikke automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis fra Hospitalsenheden Silkeborg. Der arbejdes på opsætning af dette. Modtagelse af automatisk afbestilling fra hospitalet kan ske fra 1. januar 2009 i Skanderborg Kommune.

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse varetages af den modtagne sygeplejerske på Hospitalsenheden Silkeborg indtil advis-systemet implementeres.

Advis og korrespondancemeddelelse:

Skanderborg Kommune planlægger at benytte advis og korrespondancemeddelelse.

1.3.3 Genoptræningsplaner

Skanderborg Kommune kan modtage genoptræningsplaner pr. 1. januar 2009.

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har åben indlæggelse

En åben indlæggelse defineres som: "Et tilbud til tidligere indlagte patienter, der er alvorligt syge og plejes i eget hjem, og der i tilfælde af akut behov for hospitalsbehandling og/eller tryghed hos patient eller pårørende kan genindlægges på en tildelt stamafdeling uden den sædvanlige henvisningsprocedure".

Aftale om udskrivningsforløb

Fælles målsætninger for det gode udskrivningsforløb

Se afsnittet "Fælles målsætninger for det gode indlæggelsesforløb" under aftalen om indlæggelse.

Krav 1

1.1.2 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Den kommunale kontakt i Skanderborg Kommune er: Visitationenheden eller borgerens konkrete kontaktperson. Telefonnummeret er oplyst ved indlæggelse.

Det tilstræbes, at udskrivningen planlægges allerede fra indlæggelsestidspunktet. Den afdeling, som borgeren indlægges på tager snarest mulig kontakt til hjemmeplejen, hvis det vurderes, at der efter udskrivning bliver behov for kommunens indsats. Planlægningen foregår altid i samarbejde med borgeren.

Generelle retningslinjer ved udskrivelse:

- *Når borgere, der er omfattet af kommunens hjemmepleje, forberedes til udskrivelse, sørger hospitalet for, at hjemmeplejen så tidligt som muligt får oplysninger om forventet pleje- og omsorgsbehov, status for funktions- og færdighedsniveau og behov for eventuelle hjælpemidler.*
- *Hospitalet sørger ved udskrivelsen for, at borgeren eller dennes pårørende har relevante recepter og mulighed for at hente medicin. Er dette ikke muligt indtelefonerer den udskrivende læge recepterne og bestiller udbringning fra apoteket. Borgeren får medicin med hjem til den første efterfølgende dag.*
- *Med borgerens samtykke sendes epikrise til den praktiserende læge og plejeplan til hjemmeplejen.*
- *Hospitalets socialrådgiver tager kontakt til kommunens socialrådgiver ved borgere med sociale problemstillinger.*

1.2.4 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

Udgangspunktet for samarbejdet i praksis er også her den værdibaserede tilgang, dog med respekt for ovenstående generelle frister i sundhedsaftalen.

1.3.3 Genoptræningsplaner

Se krav 1, afsnit 1.3.3 i aftalen om indlæggelse.

Aftale om træningsområdet

Krav 1

1.1 Fælles målsætninger for genoptræningsområdet

Se afsnittet "Fælles målsætninger for det gode indlæggelsesforløb" under aftalen om indlæggelse.

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Der er frit valg på genoptræningsområdet i Skanderborg Kommune mellem følgende tilbud:

- *Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg Kommune har indgået en 1-årig kontrakt om hospitalets varetagelse af den almindelige ambulante genoptræning på Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter. Kontrakten genforhandles løbende. Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg Kommune har aftalt, at tilbuddet evalueres.*
- *Lokalcentrenes genoptræningsafdelinger.*

Privatpraktiserende fysioterapeuter, som har klinik i Skanderborg Kommune, og som har indgået aftale med Skanderborg Kommune.

1.4 Opgavefordeling:

Skanderborg Kommune har ikke på nuværende tidspunkt planer om at overtage flere almindelige ambulante genoptræningsopgaver fra Hospitalsenheden Silkeborg.

1.5 Hjerneskadeområdet

Skanderborg Kommunes koordinator på hjerneskadeområdet er: Bodil Højbjerg, Handicapsekretariatet, tlf.nr. 8794 7883.

Krav 2

2.1 Genoptræningsplan

*Modtagelse af elektroniske genoptræningsplaner:
Se krav 1, afsnit 1.3.3 i aftalen om indlæggelse.*

Udveksling af slutstatus:

Der udveksles ikke på nuværende tidspunkt slutstatus mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg Kommune ved afslutning af borgerens genoptræningsforløb.

2.3 Elektronisk kommunikation

Se krav 1, afsnit 1.3.3 i aftalen om indlæggelse.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

I tilfælde af ventetid vil dette fremgå af Skanderborg Kommunes hjemmeside.

Aftale om hjælpemiddelområdet

Krav 2

2.3 Ændringer i kapacitetsbehov

Orientering om den løbende styring af kapacitet mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Skanderborg Kommune sikres gennem samarbejdsstrukturen i Silkeborg Klyngen – den lokale styregruppe, der mødes 2 gange årligt og kontaktgruppen, der mødes en gang i kvartalet.

Krav 3

3.1.4 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

Se aftalen om udskrivelse krav 1.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Skanderborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Tobaksprojekt:

Silkeborg og Skanderborg kommuner har indgået et 2-årigt samarbejdsprojekt på tobaksforebyggelsesområdet med Favrskov Kommune som tæt samarbejdspartner i relation til uddannelse og kompetenceudvikling af rygestoprådgivere o. lign.

Det er aftalt med Hospitalsenheden Silkeborg, at alle rygere fra de to kommuner, der indlægges eller er i et ambulant forløb på Hospitalsenheden Silkeborg, tilbydes en samtale om rygestop i forbindelse med sygehuskontakten, og der gennemføres en konkret indsats ved rygestoprådgivere for motiverede patienter.

Der er iværksat en særlig intensiveret indsats overfor storrygere, rygere der er kronisk syge eller andre særlige risikogrupper. Ofte vil det være hospitalet, der starter en indsats, hvorefter kommunerne har et opfølgende tilbud efter behandlingsforløbet. Det kan f.eks. være i regi af patientskoler/patientuddannelser, hvorfor kommunerne tænker rygeafvænning ind i patientuddannelsesaktiviteterne.

Der tilbydes rygestoptilbud til alle kommunale medarbejdere.

Kommunerne arbejder på at forebygge rygestart blandt børn og unge ved intervention/undervisning i kommunernes folkeskoler med særlig vægt på 5. og 6. klasserne i et tæt samarbejde med forældrene.

Kommunerne understøtter private virksomheder, organisationer og ungdomsuddannelsesinstitutioner i lokalområdet med at indføre røgfrie miljøer og rygestop.

Projektet finansieres med 1,6 mill. over to år fordelt mellem de to kommuner efter befolkningsandel. Hospitalsenheden Silkeborg bidrager med 100.000 kr.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Tobaksprojekt: Se afsnit 1.2.3.1 Skanderborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Tobaksprojekt: Se afsnit 1.2.3.1 Skanderborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud.

Krav 2

2.2 Tilgængelighed af information

Sundhedsfremme- og forebyggelsesenheden under Ældresekretariatet i Skanderborg Kommune fremsender beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk).

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Silkeborg og Skanderborg kommuner har ansat praksiskonsulenter, der bl.a. fungerer som informationsled mellem kommunerne og de praktiserende læger. Kommunerne informerer løbende om tilbud til kronisk syge, rygere eller andre målgrupper for kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser gennem foldere til praktiserende læger, patientforeninger mv. Der informeres løbende om kommunernes tilbud og aktiviteter på kommunernes hjemmesider.

Favrskov Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Favrskov Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Silkeborg klyngen, der består af: Silkeborg Kommune, Skanderborg Kommune, Favrskov Kommune, Hospitalsenheden Silkeborg og praksis, og på baggrund af klyngeaftalen for Randers klyngen, der består af Randers Kommune, Favrskov Kommune, Syddjurs Kommune, Norddjurs Kommune, Regionshospitalet Randers og Grenaa og praksis.

Indledning

Baggrund

Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Favrskov Kommune tager udgangspunkt i den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland.

Som følge af Favrskov Kommunes geografiske placering knytter der sig en række udfordringer til det praktiske samarbejde om patientforløbene mellem Favrskov Kommune og hospitalerne i Region Midtjylland. Borgerne i Favrskov Kommune betjenes således af Regionshospitalerne i Viborg, Randers, Silkeborg samt Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby, der alle er placeret uden for Favrskov Kommune. I forhold til indgåelse af sundhedsaftalen er Favrskov Kommune tilknyttet både Regionshospitalet Randers og Grenaa og Hospitalsenheden Silkeborg som kontakthospitaler. Beslutningen om at samarbejde med to kontakthospitaler ændrer dog ikke ved, at der fortsat skal samarbejdes med de øvrige hospitaler i området omkring "basisbetjening" af kommunens borgere både i akutte og elektive patientforløb. Borgere i Favrskov Kommune kan vælge frit mellem regionens hospitaler inden for rammerne af det frie sygehusvalg, inkl. hospitalerne i Århus.

I forhold til den generelle sundhedsaftale er der tilføjet særlige aftaler for samarbejdspartnerne omkring Hospitalsenheden Silkeborg dvs. Silkeborg Kommune, Skanderborg Kommune og Favrskov Kommune samt for samarbejdspartnerne omkring Regionshospitalet Randers og Grenaa dvs. Randers Kommune, Norddjurs Kommune, Syddjurs Kommune og Favrskov Kommune. Der er desuden tilføjet en række aftaler for samarbejdet mellem Favrskov Kommune og regionshospitalerne i Silkeborg og Randers.

Nye indsatsområder i samarbejdet mellem kommunerne, de praktiserende læger, Regionshospitalerne og Region Midtjylland

Sundhedsaftalen udgør rammen for et konstruktivt partnerskab mellem Region Midtjylland og Favrskov Kommune. Samtidig er der tale om et 1. generationsværktøj, og eventuelle justeringer i aftalen på baggrund af de første erfaringer drøftes i forbindelse med de aftalte bilaterale opfølgingsmøder på strategisk niveau vedrørende sundhedsaftalen.

Det er Favrskov Kommunes ansvar at sikre, at medarbejdere er bekendt med sundhedsaftalens indhold. Det er Region Midtjyllands ansvar at sikre, at hospitalerne er bekendt med, at det er den generelle sundhedsaftale, der sætter rammerne for samarbejdet, medmindre andet er aftalt.

I sundhedsaftalen mellem Favrskov Kommune og Region Midtjylland er der desuden indgået særlige aftaler om følgende:

- Dialog omkring ændringer og fordelingen af udgående funktioner
- Udredning af mulighederne for at placere ambulante funktioner i egnede lokaliteter i Favrskov Kommune
- Elektronisk kommunikation udgør et fælles fokusområde
- Hjemmebesøg vedrørende indretning af patientens bolig udført af hospitalets terapeuter gennemføres kun efter forudgående aftale mellem hospitalet og kommunen
- Genoptræningsplaner evalueres løbende i fællesskab

- *Initiativerne omkring fælles skolebænk fortsætter*
- *Der er et samarbejde i sundhedsklyngen omkring Regionshospitalet Randers og Grenaa omkring hjælpemidler*
- *Rygestop og tobaksforebyggelse udgør et fælles indsatsområde*
- *Der gennemføres en udredning i forhold til patientskoler- og uddannelser*
- *En sammenhængende indsats på børne- og ungeområdet er et fælles udviklingsområde for sundhedsklyngen omkring Regionshospitalet Randers og Grenaa*
- *Samarbejdet i sundhedsklyngen omkring Hospitalsenheden Silkeborg omkring Center for Bevægeapparatlidelser fortsætter frem til ultimo 2008*
- *Samarbejde i sundhedsklyngen omkring Hospitalsenheden Silkeborg om Shared Care Team til og med 2008*
- *I forhold til Center for Folkesundhed indgås særskilt aftale fra sag til sag.*

Aftale om indlæggelsesforløb

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Regionalt Sundhedssamarbejde står for opdatering af listen.

Social- og Sundhedsforvaltningen i Favrskov Kommune sender ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Ledelsessekretariatet på Hospitalsenheden Silkeborg indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Kvalitet og forskningsafdelingen på Regionshospitalet Randers og Grenaa indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Det skal bemærkes, at Favrskov Kommune deltager som pilotkommune i forbindelse med udrulning af sundhedsportalen sundhed.dk til kommunerne. Sundhed.dk indgår således som en blandt flere elektroniske platforme, som kan tages i anvendelse i formidlingen af informationer om kommunens sundhedstilbud.

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Pilottest har vist, at Favrskov Kommune kan modtage korrespondancemeddelelser/elektroniske genoptræningsplaner som korrespondancemeddelelse fra Hospitalsenheden Silkeborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Formatet skal dog videreudvikles, før det kan implementeres i organisationen. Favrskov Kommune forventer at kunne modtage og håndtere korrespondancemeddelelser og elektroniske genoptræningsplaner (som dynamisk dokument) pr. 1. juli 2009.

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse sker ikke automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis fra hospitalet.

Når kommunen modtager en indlæggelsesadvis via omsorgssystem (Vitae) tilbagesendes automatisk kontaktoplysninger til hospitalet. Afbestilling af pleje og praktisk bistand sker manuelt ved, at kommunens visitator inaktiverer ydelser i omsorgssystem og giver telefonisk besked til madservice.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Afbestilling af sundheds- og serviceydelser ved akut indlæggelse sker ikke automatisk ved modtagelse af indlæggelsesadvis fra hospitalet.

Når kommunen modtager en indlæggelsesadvis via omsorgssystem (Vitae) tilbagesendes automatisk kontaktoplysninger til hospitalet. Afbestilling af pleje og praktisk bistand sker manuelt ved, at kommunens visitator inaktiverer ydelser i omsorgssystem og giver telefonisk besked til madservice.

Favrskov Kommune anvender indlæggelsesadvis og udskrivningsadvis (kommunen modtager). Kommunen anvender desuden indlæggessvar (autogenereret fra kommunen).

1.3.1 Hvad er MedCom?

Elektronisk kommunikation i forbindelse med ind- og udskrivning prioriteres højt som et fælles indsatsområde. Favrskov Kommune er pt. i gang med den sidste fase i implementering af omsorgssystemet Vitae, og er nu i stand til at modtage medcom advis i forbindelse med ind- og udskrivinger fra hospitalerne af borgere, som modtager ydelser fra hjemmeplejen eller genoptræningsydelser. Der arbejdes endvidere på, at Favrskov Kommune skal kunne modtage og behandle fødselsanmeldelser elektronisk via systemet Novax. Favrskov Kommune stiller sig gerne til rådighed i forbindelse med erfaringsopsamling og yderligere udvikling og udbygning af den elektroniske kommunikation mellem samarbejdsparterne.

1.3.3 Genoptræningsplaner

Pilottest har vist, at Favrskov Kommune kan modtage korrespondancemeddelelser/elektroniske genoptræningsplaner som korrespondancemeddelelse fra Hospitalsenheden Silkeborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Formatet skal dog videreudvikles, før det kan implementeres i organisationen. Favrskov Kommune forventer at kunne modtage og håndtere korrespondancemeddelelser og elektroniske genoptræningsplaner (som dynamisk dokument) pr. 1. juli 2009.

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har åben indlæggelse

En åben indlæggelse defineres som: "Et tilbud til tidligere indlagte patienter, der er alvorligt syge og plejes i eget hjem, og der i tilfælde af akut behov for hospitalsbehandling og/eller tryghed hos patient eller pårørende kan genindlægges på en tildelt stamafdeling uden den sædvanlige henvisningsprocedure".

Hospitalerne har ikke planer om at ændre på procedureerne vedrørende åbne indlæggelser. Således vil borgere, der har behov for åbne indlæggelser, stadig få dette tilbud.

Der afregnes relevant DRG-takst, hver gang borgeren indlægges på hospitalet.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser

Region Midtjylland dækker hele Favrskov Kommune med hensyn til Palliative teams. Region Midtjylland er i gang med at udarbejde en samlet oversigt over udgående funktioner, der aktuelt er tilknyttet de fem hospitaler, som betjener hovedparten af de borgere fra Favrskov Kommune med behov for hospitalsbehandling – herunder også om der er tale om permanente tilbud eller midlertidige projekter. De udgående funktioner følger principielt borgeren.

Udviklingen og ændringer i fordelingen af de udgående funktioner skal foregå i dialog mellem samarbejdsparterne. De udgående teams dækning i forhold til Favrskov kommune vil blive vurderet på de bilaterale opfølgingsmøder.

Et fælles udviklingsområde for samarbejdsparterne vil desuden være en udredning af mulighederne for at placere ambulante/udgående hospitalsfunktioner i egnede lokaliteter i Favrskov Kommune, således at disse tilbud bliver tilgængelige tæt på borgerne i Favrskov Kommune. Dette kan også åbne for nye synergimuligheder i forhold til de kommunale indsatsområder fx på genoptræningsområdet, børne- og ungeområdet og rehabilitering. Dette vil blive overvejet i forbindelse med etablering af et eller flere sundhedscentre i kommunen, og tages op på de bilaterale opfølgingsmøder.

Krav 3

3.2 Opfølgning fra lokalt niveau (klynger)

Favrskov Kommunes geografiske placering medfører et særligt behov for opfølgning og koordinering af samarbejdet med Region Midtjylland og regionshospitalerne, idet Favrskov Kommunes borgere primært betjenes af regionshospitalerne i Randers, Silkeborg samt Viborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Opfølgningen sikres gennem afholdelse af bilaterale opfølgingsmøder på et strategisk niveau mellem Favrskov Kommune, de to kontakthospitaler, Region Midtjylland samt repræsentant(er) fra de praktiserende læger i Favrskov Kommune to gange årligt – Jf. beskrivelsen af den underliggende klyngestruktur afsnit 3.2.1.

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur

Favrskov Kommunes geografiske placering medfører et særligt behov for koordinering af samarbejdet med Region Midtjylland og regionshospitalerne, idet Favrskov Kommunes borgere primært betjenes af regionshospitalerne i Randers, Silkeborg samt Viborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Århus Universitetshospital, Skejby betjener hele regionen inden for hospitalets specialer med hensyn til specialiserede funktioner, herunder også Favrskovs borgere. Dog henhører en del af Favrskov Kommune til Skejby's optageområde i forhold til basisbetjeningen på børne- og fødselsområdet.

Favrskov Kommune indgår i de samarbejdsstrukturer, som etableres omkring de to kontakthospitaler hhv. Hospitalsenheden Silkeborg og Regionshospitalet Randers og Grenaa.

Herudover afholdes der bilaterale opfølgingsmøder på et strategisk niveau mellem Favrskov Kommune, de to kontakthospitaler, Region Midtjylland samt repræsentant(er) fra de praktiserende læger i Favrskov Kommune to gange årligt. Favrskov Kommune mener, at der en gang årligt skal være deltagelse af repræsentanter fra hospitalsledelserne fra Regionshospitalet i Viborg, og universitetshospitalerne, Århus Sygehus og Skejby i dette strategiske mødeforum. Herved kan parterne følge op på sundhedsaftalen, herunder koordineringen af det sammenhængende patientforløb og opfølgning på genoptræningsområdet.

Region Midtjylland indkalder parterne til dette møde, og inviterer herudover Regionshospitalet Viborg, og hospitalerne i Århus.

I forhold til den konkrete håndtering af patientforløb baseres samarbejdet fortsat på direkte kontakt mellem de berørte parter fra kommune og hospital.

Aftale om udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Den kommunale kontakt i Favrskov Kommune er: Visitationsenheden eller borgerens konkrete kontaktperson. Telefonnummeret er oplyst ved indlæggelsen.

1.1.3 Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med nedsat funktionsevne

Se krav 1 afsnit 1.3.1 i aftalen om indlæggelse.

1.2.4 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

I forhold til det daglige samarbejde vil samarbejdsparterne bestræbe sig på, at samarbejdet forløber så effektivt og fleksibelt som muligt for at sikre borgerne en optimal og sammenhængende service, så det ikke i praksis bliver nødvendigt at anvende/håndhæve de aftalte varslingsfrister.

1.3.3 Genoptræningsplaner

Se krav 1 afsnit 1.3.3 i aftalen om indlæggelse.

Krav 3

3.3 Tiltag på hospitalerne, der kan sikre hurtig udskrivning

I forbindelse med udskrivning af patienter fra hospitalet foretager hospitalets terapeuter i visse tilfælde et besøg i patientens eget hjem, med henblik på at vurdere om hjemmet er indrettet hensigtsmæssigt i forhold til patientens funktionsniveau. Det aftales, at sådanne hjemmebesøg vedrørende indretning af patientens bolig kun sker efter forudgående aftale mellem hospitalet og kommunen.

Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning.

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Parterne sætter gang i et fællesinitiativ for en sammenhængende indsats på børneområdet. Hospitalet tager initiativ til at nedsætte en fælles koordinationsgruppe, hvor jordemoderindsatsen, de kommunale sundhedsplejersker, børne- og skoleforvaltningen og den pædiatriske afdeling på hospitalet samt Regionalt Sundhedssamarbejde inviteres til at deltage.

For Favrskov Kommune gælder særligt, en indsats vedrørende nyfødte og børn fra hospitalet, særligt i forbindelse med "bekymringssager".

Krav 4

Se krav 3 under "indlæggelse".

Aftale om træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Favrskov Kommune overvejer at indgå aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter vedrørende en bufferordning i perioder med venteliste til behandling hos de kommunale fysioterapeuter. Hvis Favrskov Kommune indgår en sådan aftale, vil Region Midtjylland blive informeret herom.

1.4 Opgavefordeling

Favrskov Kommune har overtaget alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan.

Favrskov Kommune indkalder efter behov de ledende terapeuter på området til møde med henblik på løbende at koordinere processen i forlængelse af, at de almindelige ambulante genoptræningsopgaver er blevet hjemtaget.

Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner vil løbende blive fulgt og drøftet aftaleparterne imellem.

1.5 Hjerneskadeområdet

Favrskov Kommunes koordinator på hjerneskadeområdet er: Rikke Agervig Pedersen fra Specialrådgivningen. Tlf.: 8964 2114

Krav 2

2.1 Genoptræningsplan

Se krav 1 afsnit 1.3.3 i aftalen om indlæggelse.

Udveksling af slutstatus:

Der udveksles ikke slutstatus mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Favrskov Kommune ved afslutning af borgerens genoptræningsforløb.

Der udveksles ikke slutstatus mellem Regionshospitalet Randers og Grenaa og Favrskov Kommune ved afslutning af borgerens genoptræningsforløb.

2.1.3 Genoptræningsplan efter udskrivning fra privathospital (egenbetaling)

Aftaleparterne er enige om, at fastholde og videreudvikle den aftalte MedCom-skabelon for genoptræningsplaner.

2.3 Elektronisk kommunikation

Se krav 1, afsnit 1.3.1 i aftalen om indlæggelse.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Favrskov Kommune vil løbende udbygge kommunes hjemmeside www.favrskov.dk med oplysninger om de kommunale sundhedsopgaver; herunder kommunens genoptræningstilbud. (Oplysningerne vil evt. også fremgå af sundhed.dk. Dette afhænger dog af resultatet af det

igangværende udviklingsprojekt vedr. kommuneindhold på sundhed.dk, som Favrskov Kommune deltager i. Udviklingsprojektet afsluttes ultimo 2008).

Krav 5

5.2 Etablering af lokale styregrupper

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse.

5.5 Evaluering

Genoptræningsplaner:

Parterne er enige om løbende at evaluere de udsendte genoptræningsplaner for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

5.7 Vidensdeling sektorerne imellem

Fælles opfølgning i forhold til genoptræningsplaner og monitorering af træningsområdet udgør et fælles fokusområde.

Aftale om hjælpemiddelområdet

Krav 2

2.3 Ændringer i kapacitetsbehov

Orientering om den løbende styring af kapacitet mellem Hospitalsenheden Silkeborg og Favrskov Kommune sikres gennem samarbejdsstrukturen i Silkeborg Klyngen – den lokale styregruppe, der mødes 2 gange årligt og kontaktgruppen, der mødes en gang i kvartalet.

Ændringer i kapacitetsbehov vedr. hjælpemidler hos kommunen og hospitalet (Regionshospitalet Randers og Grenaa) meddeles almindeligvis på de halvårslige klyngemøder.

Krav 3

3.1.4 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

Se krav 1, afsnit 1.2.4 i aftalen om udskrivelse.

Krav 5

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Favrskov Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Patientuddannelse i Favrskov Kommune:

I et samarbejde mellem Hospitalsenheden Silkeborg, Skanderborg Kommune, Silkeborg Kommune og Favrskov Kommune er der udarbejdet en model for patientuddannelse i Favrskov Kommune. Etableringen af patientuddannelser indgår som en del af et 3-årigt projekt med det overordnede formål at koordinere og udvikle sammenhængende og forebyggende undervisningsforløb til borgere med kronisk sygdom og borgere med særlig risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Tilbuddet om patientuddannelse 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.

Kurset består af 6 moduler á 2½ time – ét om ugen. Der gennemføres årligt 2- 3 forløb á 12 - 16 deltagere. Der er ingen deltagerbetaling. Kurset foregår i undervisningslokaler i Favrskov Kommune.

Tilbuddet vil løbende blive videreudviklet og vil også blive afstemt i forhold til tankerne i de planlagte kronikerprogrammer i Region Midtjylland.

Kontaktperson: Sundhedskonsulent Linda Johansen tlf. 8964 2121

Sammenhæng i tilbud til borgere med kronisk sygdom:

Målet er at sikre effektiv koordinering af kommunens tilbud i forhold til borgere med kronisk sygdom, samt at sikre helhedsorienterede tilbud til målgruppen. Fx kostvejledning, særlige træningsforløb, psykosocial støtte m.v. Tilbuddene tilrettelægges så de er i overensstemmelse med de indsatser, der varetages af hospitalerne og de praktiserende læger.

Der etableres et netværk af nøglepersoner fra sundhedsområdet, hjemmesygeplejen, forebyggende hjemmebesøg, jobcentret, socialcentret og andre, der har kontakt til borgere med kronisk sygdom. Nøglepersonerne skal fungere som lokale ressourcepersoner, der dels kan vejlede borgere med kronisk sygdom om de tilbud, som findes i det kommunale system, og dels kan rådgive sine kollegaer om indsatsen for borgere med kronisk sygdom.

Nøglepersoner vil gennemgå et fælles uddannelsesforløb (2-3 dage) fx i motiverende samtaleteknik og kendskab til kommunens tilbud. Som supplement til de eksisterende tilbud indgås aftale med en diætist om kostvejledning til borgere med kronisk sygdom. Desuden skal mulighederne for særlige træningsforløb for udvalgte kronikergrupper undersøges. Endelig skal mulighederne for etablering af tilbud i samarbejde med patientforeninger undersøges. Favrskov Kommunes praksiskonsulent vil blive inddraget i tilrettelæggelsen af indsatsen.

Kontaktperson: Sundhedskonsulent Linda Johansen tlf. 8964 2121

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Rygestop og tobaksforebyggelse udgør et fælles indsatsområde. Favrskov Kommune er i gang med at etablere en række tilbud i forhold rygestop og tobaksforebyggelse – herunder også indsatser målrettet borgere med kroniske lidelser. Indsatserne indgår som en del af Favrskov Kommunes 2-årige rygestop- og tobaksforebyggelsesprojekt: "Opbygning af en bæredygtig tobaksforebyggelse i Favrskov kommune". Favrskov Kommune tilbyder egne tilbud om rygestop.

Rygestopkursus gennemføres i en gruppe med 8-10 deltagere. Gruppen mødes 5 gange over 6 uger og kurset ledes af en uddannet rygestopinstruktør. Der arbejdes med emner som helbredsfordele ved rygestop, vægt og rygestop, fastholdelse af dit rygestop samt nikotinerstatning.

Der tilbydes endvidere rygestopkurser i samarbejde med Hadsten Apotek, Frijsenborg Apotek, Lægehuset Melgaard Jensen og Kraghede.

Sideløbende hermed vil der fortsat blive udbudt tilbud om hjælp til rygestop på regionshospitalet i Silkeborg og Randers (Jordemodercentret). Regionshospitalet i Randers og Silkeborg foretager en generel screening af alle patienter i forhold til rygevaner. Favrskov Kommune samt regionshospitalet i Randers og Silkeborg har i forlængelse heraf indgået et forpligtende samarbejde i forhold til motivation og henvisning af patienter/borgere til rygestoptilbud.

Der vil fra Favrskov Kommunes side være særligt fokus på patienter med kroniske lidelser som KOL, diabetes, hjerte-kar sygdomme, gravide rygere/småbørns familier samt kommunens egne ansatte. En del af samarbejdet vil omfatte, at Favrskov Kommune – efter forudgående patientsamtykke - får mulighed for at henvende sig til patienter, som er motiverede for rygestop, efter udskrivning fra hospital med henblik på at tilbyde rygestopkursus m.v.

Det vil på sigt være hensigtsmæssigt også at inddrage de praktiserende læger. Favrskov kommune vil forestå en registrering af hvilke instanser, der henviser til de kommunale rygetilbud, således at samarbejdspartnerne løbende kan følge op på henvisningsmønsteret.

Kontaktperson: Sundhedskonsulent Linda Johansen tlf. 8964 2121

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Se afsnit 1.2.3.1 Favrskov Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud ovenover.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Samarbejdspartnerne Region Midtjylland, Regionshospitalet Randers og Grenaa og Favrskov Kommune ønsker at gøre børne- og ungeområdet til et fælles udviklingsområde. Børne- og ungeområdet er et indsatsområde, hvor samarbejde og koordinering mellem den regionale og kommunale indsats med fordel kan udbygges og videreudvikles. På kort sigt prioriteres indsatsen i forhold til forebyggelse og behandling af børn og unge med overvægt, idet Favrskov Kommune modtager midler fra Sundhedsstyrelsens pulje vedr. "Kommunens plan mod svært overvægtige børn" til det 3-årige projekt "Let Barnet – Styrk familien", og Regionshospitalet Randers og Grenaa deltager i projektets styregruppe og bidrager med diætist til aktiviteter i projektet.

På længere sigt er parterne enige om, at det vil være hensigtsmæssigt at udbygge samarbejde på børne- og ungeområdet generelt. Dette kunne fx udmønte sig i fremskudte funktioner i form af jordmoderklinikker/ammeklinik i tilknytning til de kommunale sundhedsplejersker, fælles skolebænk i forhold til forebyggelse af astma og allergi, ulykker, vådlæggere, for tidligt fødte børn m.v., monitorering af sundhed på børne- og ungeområdet (fx ulykkestatistik) eller andre fælles tiltag. Favrskov Kommune og Regionshospitalet Randers og Grenaa udarbejder i fællesskab et idékatalog/projektskitse for fælles indsatser på området, der drøftes når aftaleparterne og samarbejdspartnerne mødes til de bilaterale møder for at følge op på sundhedsaftalen. Region Midtjylland har i den forbindelse indvilliget i, at overveje evt. medfinansiering af dette indsatsområde.

Forebyggelse og behandling af overvægt blandt børn og unge:

Let Barnet - Styrk Familien er et 3-årigt samarbejdsprojekt om indsatsen over for overvægtige børn og unge i Favrskov Kommune. Hensigten er at udvikle en effektiv model for varetagelsen

af indsatserne over for børn og unge med overvægt. Den overordnede målsætning er at forbedre den generelle sundhedstilstand og trivsel blandt børn og unge med problemer med overvægt. Projektet omfatter dels specifikke indsatser i form af konkrete behandlingstilbud til overvægtige børn og deres familier samt generelle indsatser med fokus på forebyggelse inden for området.

Der etableres tilbud til familier med problemer med overvægt i henholdsvis Hammel, Laurbjerg og Voldum. I projektperioden vil forskellige modeller for gennemførelsen af indsatsen blive afprøvet i forhold til forskellige målgrupper.

- a) Indsats overfor spæd- og småbørn i familier med overvægt i Hammelområdet.
- b) Indsats overfor børn med overvægt i indskolingen på Lilleåskolen i Laurbjerg
- c) Indsats overfor 9-12 årige børn med overvægt i Voldum og Hadstenområdet

Der er etableret en styregruppe for projektet. I styregruppen deltager en repræsentant fra børneafdelingen på Regionshospitalet Randers og Grenaa. Desuden samarbejdes med diætist fra Regionshospitalet Randers og Grenaa.

Der samarbejdes med Hospitalsenheden Silkeborg omkring henvisning af nybagte mødre med overvægt (BMI > 25) til tilbuddet i Hammel (henvisning via jordemor).

Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen og Favrskov Kommune.

Kontaktpersoner: Leder af sundhedsplejen Jane Rüdiger, tlf. 8964 2466

Krav 2

2.1 Det løbende samarbejde

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse.

2.2 Tilgængelighed af information

Af Den Danske Kvalitetsmodel, som Hospitalsenheden Silkeborg er underlagt, følger, at e-Dok som udgangspunkt anvendes som kilde til information om hospitalsenhedens politikker, retningslinjer og instrukser.

Favrskov Kommune deltager i 2008 i et udviklingsprojekt med sundhed.dk vedrørende udrulning af sundhed.dk til kommunerne. Favrskov Kommune afventer resultatet af dette udviklingsprojekt, før det endeligt kan besluttes, hvilken elektronisk platform, der vil blive anvendt i formidling af kommunens sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud. F.eks. vil der være mulighed for, at oplysningerne gøres tilgængelige i e-Dok ved hjælp af links til www.sundhed.dk eller www.favrskov.dk.

Endvidere er Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner enige om at ville afvente udredning i IT-temagruppen vedr. fremtidigt fælles elektronisk værktøj, der skal benyttes til kommunikation mellem hospitalet, almen praksis og kommunerne.

Indtil en nærmere afklaring foreligger indsamler og synliggør Region Midtjylland sundhedsfremme og forebyggelsestilbud fra Hospitalsenheden Silkeborg og Favrskov, Silkeborg og Skanderborg kommuner på regionens hjemmeside (www.rm.dk). Favrskov, Skanderborg og Silkeborg kommuner fremsender beskrivelser af tilbud med udgangspunkt i skabelon som bilag 5.4

Social- og Sundhedsforvaltningen i Favrskov Kommune fremsender beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk).

Krav 4

4.4 Videndeling mellem sektorerne

Kombinationsstillinger:

Parterne er indstillede på at undersøge muligheden for at etablere kombinationsstillinger, hvor ansatte fra hospitalet eller fra kommunerne over en længere periode kan være halv tid hos den anden part. Det vil give et stort potentiale for vidensdeling mellem sektorerne.

Fælles skolebænk:

I gang:

- *Accelererede forløb - Randers Kommune*
- *Undervisning lungesygdomme, lungesygeplejerske – alle kommuner*

Under planlægning:

- *Uddannelse af hygiejnenøglepersoner i kommunerne – september 2008 (jf. bilag 5.5)*
- *Det gode indlæggelses- og udskrivningsforløb - samme koncept som tidligere*
- *Konference om evaluering af udskrivelseskoordinatorer – forår 2009*
- *Inkontinensklivnikker efterår 2008*

Forslag:

- *Forebyggelse af trykspor – fælles retningslinier, scoresystemer m.v.*
- *Forebyggelse af fald i hjemmet og på hospital*
- *Ernæringsindsats*
 - *underernæring hos ældre borgere/patienter*
 - *overvægt børn og unge*
- *Sygdomsspecifik kompetenceudvikling*
 - *patienter/borgere med hjerte/karsygdomme*
 - *patienter/borgere med sukkersyge*
 - *ortopædkirurgiske behandlinger*
 - *patienter med diabetes*
 - *patienter med hjertesygdomme*
 - *patienter med apopleksi*
- *Netværk rygestopinstruktører/rygestopnøglepersoner*
- *Fælles kommunikation – elektronisk kommunikation*
- *Genoptræningsplaner*
- *Hjælpe-middelkatalog/snitfladekatalog (terapeuter)*
- *Forståelse af etniske grupper*

4.5 Metodeudvikling

Fælles skolebænk – jf. afsnit 4.4 ovenover, hvor Fælles skolebænk er beskrevet

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Favrskov Kommune har ansat en praksiskonsulent, der bl.a. fungerer som informationsled mellem kommunen og de praktiserende læger. Kommunen informerer løbende om tilbud til kronisk syge, rygere eller andre målgrupper for kommunens sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser gennem foldere til praktiserende læger, patientforeninger mv. Der informeres løbende om kommunens tilbud og aktiviteter på www.favrskov.dk.

Krav 6

6.1 Opfølgning på sundhedsaftalerne

Se krav 3 i aftalen om indlæggelse.

Århusklyngen/Århus Kommune

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb

Data med afgørende betydning for den indlagte borgers akutte behandling skal indtelefoneres til hospitalsafdelingen hvis de ikke er medsendt skriftligt.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Afbestilling af kommunale serviceydelser

Kommunale serviceydelser i Århus Kommune afbestilles ikke automatisk ved modtagelse af advis. Kommunal visitator varetager denne opgave.

1.3.2 Basal kommunikation mellem parterne

Århus Kommune, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus pilottester afsendelse og modtagelse af de nævnte typer beskeder i efteråret 2008. Det tilstræbes, at afsendelse og modtagelse af genoptræningsplan via korrespondance format samt indlæggelses- og udskrivningsadvis er organisatorisk implementeret på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby samt Århus Kommune i 2009.

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har åben indlæggelse

Åben indlæggelse er en indlæggelse direkte i hospitalsafdelingen, og den kan foranlediges af patienten, dennes pårørende eller sundhedsfagligt personale i den primære sundhedstjeneste. Der er tale om en indlæggelse fra hjemmet direkte i den afdeling, hvor patienten har et forløb, hvor der er aftalt åben indlæggelse.

Der medvirker således ikke vagtlæge, skadestue eller fælles akut modtageafdeling. Det vil oftest være modtagende afdelings vagthavende læge eller sygeplejerske, der kontaktes direkte af patient, pårørende eller sundhedsfagligt personale i den primære sundhedstjeneste.

Følgende karakteriserer den åbne indlæggelse:

- Åben indlæggelse er en aftale mellem hospitalsafdelingen og patienten, og den er lægeordineret ved udskrivelse eller sidste kontakt.
- Patienten kan enten have en uhelbredelig sygdom, en hastigt fremadskridende sygdom, hvor der kan forventes forværring eller tilbagefald i patientens tilstand, eller en sygdom med behov for hurtigt indsættende specialiseret behandling fra den afdeling, hvor patienten er i et forløb.

Udviklingen drøftes på styregruppemøderne efter behov.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Fællesinitiativer, der forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser

[Bilag 1.8] oplister nogle af de væsentligste indsatser, tilbud og metoder, som Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby, Århus Kommune og de praktiserende læger i Århus i fællesskab har til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Der ligger ikke nogen prioritering i den opstillede rækkefølge.

Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Århus Kommune omfatter 2 konkrete tilbud, som har til formål at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser. Tilbudene er etableret i tæt samarbejde mellem region og kommune, og parterne finansierer i fællesskab tilbudene.

De to tilbud er:

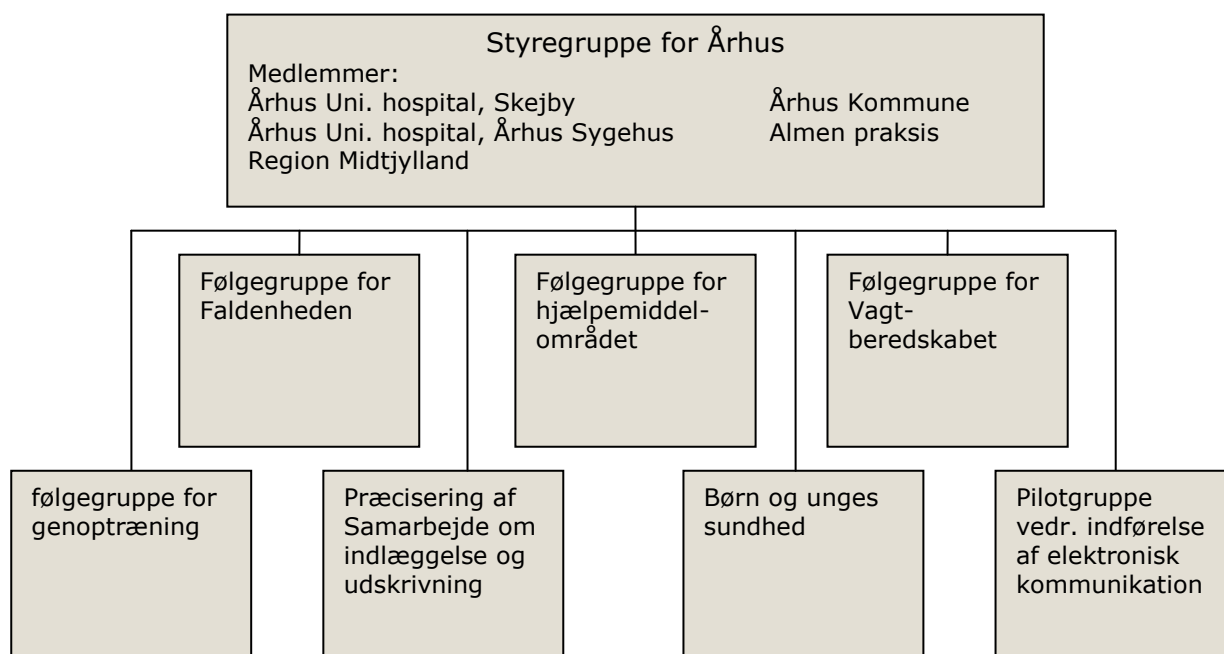
- Etablering af et vagtberedskab med mulighed for fast vagt til svage, syge i eget hjem
- Faldenheden med mulighed for udredning af ældre borgere, der har øget risiko for fald. Faldenheden er et projekt mellem Århus Kommune og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, der løber frem til maj 2009.

Samtidigt har parterne en hensigtserklæring om at udbygge samarbejdet på hygiejneområdet.

Krav 3

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur

Lokal styregruppe, som varetager en række monitorerings og evalueringsopgaver.



Den lokale styregruppe består som minimum af ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby, Århus Kommune (Sundhed og Omsorg), repræsentanter fra almen praksis (hvoraf den ene er Århus Kommunes praksiskonsulent) samt repræsentanter fra Region Midtjylland, Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for folkesundhed.

Den lokale styregruppe koordinerer og følger sundhedsaftalen på følgende indsatsområder:

- samarbejdet om indlæggelse
- samarbejdet om udskrivelse
- samarbejdet på træningsområdet
- samarbejdet på hjælpemiddelområdet
- samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse; herunder patientrettet forebyggelse.

Den lokale styregruppe skal bl.a. varetage følgende opgaver:

- Sikre implementering af og løbende opfølgning på monitorering/kvalitetsmåling

- Sikre fortsat faglig og kvalitetsmæssig udvikling af området
- Afklare lokale tvister og problematikker
- Beskrive og indstille faglige tvister af principiel, faglig og tværgående karakter vedr. sundhedsaftalerne til sundhedskoordinationsudvalget
- Sikre en løbende dialog mellem hjemmeplejen og de respektive hospitalsafdelinger

Metoderne, der kan anvendes i forbindelse med opfølgningen og kvalitetsmålingen er:

- Audits / gennemgang af konkrete patientforløb
- Systematisk opfølgning via hospitalernes patienttilfredshedsundersøgelser
- Fokusgruppeinterviews med sundhedsfagligt personale i primær og sekundær sektor
- Løbende statistik over færdigbehandlede patienter, genindlæggelser, udvalgte patientgruppers indlæggelses- og udskrivelsesforløb m.m.

Projektets karakter dikterer valg af metode.

Der er enighed om at sikre, at arbejdet med kvalitetssikring af patientforløbene stemmer overens med arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Der afholdes mindst 2 møder årligt. Styregruppen kan efter behov nedsætte arbejdsgrupper ad hoc eller permanent.

Arbejdsgruppen vedr. "Præcisering af samarbejde om indlæggelse og udskrivning" arbejder med metoder og værktøjer for et forbedret samarbejde mellem Århus Kommune, Ortopædkirurgisk afdeling og Skadestuen på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Anbefalingerne fra denne gruppe skal gerne kunne udbredes til alle afdelinger på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Kommune.

Koordineringen af samarbejdet om mennesker med sindslidelser sker i samarbejde mellem Region Midtjyllands psykiatri distrikt øst, Magistratsafdelingen for Sociale forhold og Beskæftigelse samt Sundhedsstaben, Sundhed og Omsorg.

Vidensdeling sektorerne imellem

For at sikre sammenhæng i det samlede sundhedsvæsens indsats og en høj kvalitet i sundhedsydelserne er det nødvendigt, at sundhedspersonalets faglige kompetencer til stadighed forbedres. Det er nødvendigt, at det sker på tværs af sektorer og på visse områder også tværfagligt.

Dette sikres bl.a. ved:

▪ **Temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner**

Region Midtjylland og Århus Kommune finder det væsentligt at sikre, at ansatte ved hospitalerne, i praksissektoren og i Århus Kommune, Sundhed og Omsorg får et bredt kendskab til sundheds-aftalen samt mulighed for sammen at drøfte, hvordan vi skaber gode og sammenhængende patientforløb indenfor de rammer, vi arbejder under.

Det aftales derfor, at der årligt gennemføres et antal temadage om sundhedsaftalen og samarbejdet mellem hospital, praksis, region og kommune. Den lokale styregruppe for sundhedsaftalen er ansvarlig for afvikling af temaeftermiddagene.

▪ **Etablering af faglige netværk**

Region Midtjylland og Århus Kommune erkender, at det er vigtigt for kontinuiteten i patientforløb, at den faglige viden er ajourført både på hospital og i hjemmeplejen. Det er væsentligt at vide hvilke kompetencer, der er til stede hos den anden part. Det gælder både i forbindelse med overvejelser om indlæggelse og ved udskrivelse af patienter med fortsat behov for pleje og eventuelt genoptræning.

I det daglige samarbejde skal der skabes mulighed for, at personalet individuelt kan henvende sig for at få råd og vejledning i konkrete sager og forløb.

Århus Kommune har etableret et sundhedscenter, hvor der bl.a. er patientskoletilbud til borgere med:

- Kol (kronisk obstruktiv lungelidelse)
- Hjerte-kar sygdom
- Diabetes.

Samtidig er der på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus en række sygdoms- og behandlingsrelaterede undervisningstilbud til samme patientgrupper. Tilbuddene på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus er specialiserede, og omhandler typisk sygdomsforståelse, monitorering af egen sygdom, behandling af egen sygdom. Tilbuddene er beskrevet konkret i [bilag 5.5].

Der er etableret et fagligt netværk mellem personalet i Århus Kommunes Sundhedscenter og personalet ved de specialafdelinger ved Århus Universitetshospital, der behandler de patienter, der er målgruppe for sundhedscentret tilbud.

Fælles skolebænk om relevante emner

Århus Kommune og hospitalerne i Århus har lang tradition for at samarbejde om fælles skolebænk kurser, hvor personale fra hospitalsafdelingerne og kommunens hjemmepleje og visitation deltager i samme kursusforløb. Hidtil har fælles skolebænk kurserne haft titlen "Hvad er almindelig aldring og hvad er sygdom hos ældre?". Det er personale fra geriatrik afdeling, der har stået for undervisningen.

Undervisningsforløbet har dels givet kursisterne en større viden om sundhed, sygdom og aldringstegn hos ældre, men har også medvirket til, at kursisterne har fået større kendskab til hinanden og hinandens arbejdsvilkår og muligheder.

Parterne hver især dækker kursusudgifterne på ca. 1.000 kr. pr. kursist.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.2 Varslingsfrister

Ved afslutning af borgere efter skadestuebesøg

Borgere med behov for efterfølgende pleje og praktisk hjælp.	Kan hjemsendes samme dag. Kontakt kommune: Dagtid: Kontakt visitator Vagttid: Kontakt vagthavende sygeplejerske via brandstationen
--	---

For mere information om afslutning efter skadestuebesøg, se [bilag 2.2]

Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne – sygeplejeydelser

Borgere, der har behov for enkle sygeplejeydelser (f.eks. sårskift, poseskift og øjendrypning)	Varsling sker til hjemmesygeplejen ved lokalcentret senest mellem kl. 13.30 – 14.30 samme dag, som sygeplejeydelsen skal udføres
Borgere der har behov for komplicerede sygeplejeydelser	Varsling skal ske så tidligt som muligt og senest 1 døgn inden udskrivelsen

Varslingsfristen kan kun overholdes, hvis de nødvendige sygeplejeartikler sendes med fra hospitalet til det første døgn.

Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne hvor borgeren er "kendt" af kommunen

Borgere, der har behov for: praktisk hjælp (rengøring, tøjvask, indkøb) personlig pleje (f.eks. hjælp til af- og påklædning, ugentligt bad udført af hjemmehjælpere)	Varsling sker til visitator i Århus Kommune så hurtigt som muligt og senest dagen før udskrivning
Borgere, der indlægges på MVA (Medicinsk Visitations Afsnit) men som udskrives igen indenfor samme døgn eller morgenen efter. Samarbejde med geriatrisk team.	Patienter kan sendes hjem samme dag, hvis de kun lige har været inde at vende en nat – efter konkret aftale med kommunens visitator. Udskrivelsen sker i tæt samarbejde mellem MVA og geriatrisk team.

Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne

Borgere, der har behov for: - pleje og omsorg udført af hjemmehjælpere - omfattende sygeplejehandlinger	Varsling sker til visitator så tidligt som muligt og senest 3 dage før udskrivning
Borgere, der har behov for: - hjælpemidler	Varsling skal ske så tidligt som muligt og senest 5 dage før udskrivning
Borgere, der har behov for: - omfattende boligændringer	Varsling skal ske så tidligt som muligt og senest 14 dage før udskrivning

OBS: Ved pludselige ændringer i patientens/familiens situation gives altid besked til kontaktpersonen på hospitalsafdelingen eller døgnhjemmeplejen. Herunder hører også dødsfald.

Generelt skal varslingen i forbindelse med udskrivning ske i tæt dialog mellem hospitalsafdeling og kommune.

1.3.2 Basal kommunikation mellem parterne

Århus Kommune, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus pilottester afsendelse og modtagelse af de nævnte typer beskeder i efteråret 2008. Det tilstræbes, at afsendelse og modtagelse af genoptræningsplan via korrespondance format samt indlæggelses- og udskrivningsadvis er organisatorisk implementeret på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby samt Århus Kommune i 2009.

1.4.1 Medicin og udskrivning

Hospitalsafdelingen har følgende opgaver ved patienter, der udskrives med **ændret** medicinordination:

- fra hospitalet medgives patienten recept og medicin til ca. 1 døgns forbrug, så behandlingen kan fortsættes indtil medicin kan rekvireres på apoteket. Hvis borgeren ikke selv kan administrere medicinen, skal den være doseret
- patienten medgives recepter eller alternativt: afdelingen indtelefonerer recepten til apotek og laver aftale med patient og evt. pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen

- patienten medgives en omhyggeligt ajourført og letlæselig medicinliste til hjemmesygeplejersken
- afmelding af borgers apotekerdispenserede medicin
- sørge for at kontakte hjemmesygeplejersken, hvis hun skal medvirke ved medicindispensering og administration

Hospitalsafdelingen har følgende opgaver ved patienter, der udskrives med **uændret** medicinordination:

- fra hospitalet skal patienten medgives recept på eventuelt manglende medicin
- hospitalsafdelingen skal give besked til hjemmesygeplejersken, hvis hun skal medvirke ved medicindispensering og administration
- patienten skal medgives en ajourført, letlæselig medicinliste til hjemmesygeplejersken
- OBS: Hospitalspersonalet skal være opmærksomt på, at hvis patienten afmeldes dosisdispenseringen, så er der ingen medicin i borgers hjem.

For patienter, der har medbragt eget medicin på hospitalet under indlæggelsen, skal hospitalet sørge for, at patienten får medicinen med hjem ved udskrivning.

Krav 2

Krav 3

3.3 Hurtig udskrivning

[Bilag 2.4] oplister de initiativer, som Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital Skejby har iværksat for at sikre hurtig udskrivning

3.4 Afholdelse af klyngemøder

I Århus Klyngen afholdes klyngemøder ca. 2 gange årligt på skift ved de enkelte parter (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus; Århus Universitetshospital, Skejby; Århus Kommune og Region Midtjylland). Værten varetager sekretariatsfunktionen.

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Region Midtjylland og Århus Kommune har indgået aftale om de to nedenstående områder:

- samarbejde om indsatsen for alvorligt syge og døende
- samarbejde på demensområdet

En nærmere beskrivelse kan findes i [bilag 2.5]

Desuden har parterne nedsat en arbejdsgruppe om **børn og unges sundhed** [bilag 2.6]

3.7 Samarbejde om hjemmerespiratorpatienter på ældreområdet

Århus Kommune har en forespørgsel for arbejdsdelingen på området til behandling i Velfærdsministeriet

Krav 4

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.4 Opgavefordeling

Århus Kommunes bemærkninger til snitfladekataloget

Det skal understreges, at snitfladekataloget er vejledende.

Der skal altid tages udgangspunkt i den enkelte borgers samlede situation.

Snitfladekataloget er udtryk for et forsøg på – på regionalt niveau - at ensrette opgavefordelingen på træningsområdet i Region Midtjylland. Århus Kommune

ønsker at præcisere, at serviceniveauet på genoptræningsområdet har været meget forskelligt kommunerne imellem og de tidligere amter imellem.

I Århus området har serviceniveauet på genoptræningsområdet før strukturreformen ikke været særligt højt.

Snitfladekataloget udtrykker imidlertid et andet og højere serviceniveau end det, som borgerne i Århus Kommune har været vant til. Det angives f.eks. i snitfladekataloget, at genoptræning af borgere behandlet for hoftealloplastik, skal have almindelig ambulant genoptræning. Borgere behandlet for hoftealloplastik har i Århus området hidtil ikke modtaget genoptræningsplan og dermed genoptræning.

Århus Kommune erkender, at det er en lægefaglig vurdering, at vurdere om borgeren skal have genoptræningsplan eller ej.

Århus Kommune hæfter sig samtidigt ved, at strukturreformen og den deraf ændrede opgavefordeling på træningsområdet ikke skal give anledning til serviceforbedringer – men alene en præcisering af hvem, der har ansvaret for løsning af opgaven.

Sådan løser Århus Kommune de almindelige ambulante genoptræningsopgaver

Århus Kommune har etableret et genoptræningscenter ved Marselisborg Centret. Her genoptrænes borgere, der er ortopædkirurgisk behandlet, og som har en genoptræningsplan. Genoptræningscentret forventer at genoptræne omkring 2.000 borgere årligt.

Borgere med senhjerneskeade, som har behov for ergoterapi, visiteres til ergoterapeutisk genoptræning hos Århus Kommunes Ergoteam. På sigt skal alle genoptræningsopgaver vedr. borgere med senhjerneskeade løses ét sted – i det kommende kommunale neurocenter, som indrettes ved Marselisborg Centret.

Øvrige genoptræningsopgaver løses hos praktiserende fysioterapeuter efter aftale mellem Århus Kommune og de praktiserende fysioterapeuter.

MarselisborgCentret

Region Midtjylland og Århus Kommune er enige om, at MarselisborgCentret udgør en unik ramme for et udbytterigt samarbejde på rehabiliteringsområdet.

MarselisborgCentret er - i overensstemmelse med den politiske delingsaftale vedrørende Århus Amt - delt mellem Region Midtjylland og Århus Kommune svarende til den lokalemæssige fordeling efter 1. januar 2007. Hver part ejer hele bygninger, mens ejerandele af grund og fællesarealer opgøres efter den procentvise fordeling af bygninger med 67,3 % til Region Midtjylland og 32,7 % til Århus Kommune.

Der etableres en ny ejerforening for MarselisborgCentret. Foreningen skal danne ramme for og bidrage til at skabe ny viden og erfaring, så der opnås en mere sammenhængende og optimal rehabilitering for mennesker med forskellige former for funktionsnedsættelse. En grundlæggende idé er, at ny viden og erfaring søges opnået gennem synergieffekter i arbejdet med rehabilitering.

Århus Kommune, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, har etableret kommunens genoptræningscenter for borgere efter ortopædkirurgisk behandling på Marselisborg Centret. Samtidigt etablerer Århus Kommune ved årsskiftet 2008/2009 et kommunalt neurocenter, hvortil borgere med senhjerneskeade visiteres til genoptræning efter udskrivning fra hospital. Der bliver tale om en gradvis opbygning af centret.

1.5 Hjerneskeadeområdet

I Århus Kommune sker koordineringen på hjerneskadeområdet i tæt samarbejde mellem visitator fra Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg (tlf. 89 40 97 00) samt faglig konsulent Helle Mørn, Magistratsafdelingen for Sociale forhold og beskæftigelse (tlf. 89 40 10 23). På sigt forventes hjerneskadekoordineringen at ske fra Århus Kommunes neurocenter.

Krav 2

2.1 Genoptræningsplan

Århus Kommune og Region Midtjylland ønsker ikke på nuværende tidspunkt at indgå aftale om udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb.

2.1.4 Tidsfrist for første kontakt til borgeren efter udskrivning

Region Midtjylland og Århus Kommune indgået aftale om procedurer for akut iværksættelse af genoptræning af borgere med genoptræningsplan efter hospitalsudskrivning, der er ortopædkirurgisk behandlet og for borgere, der har behov for akut/øjeblikkelig iværksættelse af genoptræning (ergoterapi) grundet synkebesvær (dysfagi).

Ortopædkirurgisk behandlede borgere

Hospitalets opgaver

Hospitalet ringer "early warning" til Århus Kommunes genoptræningscenter på tlf. 8713 3624. Opringningen sker under borgers indlæggelsesforløb.

Der oplyses:

Navn, cpr.nr., patientens tlf.nr., indgrebets art samt evt. faglige oplysninger af betydning for genoptræningen.

Genoptræningscentret oplyser en tid senest 3 dage efter udskrivningsdagen, hvor borger kan komme til genoptræning.

Ved udskrivelse oplyses borger om genoptræningstidspunktet.

- Hospitalet udarbejder genoptræningsplan, hvoraf det fremgår:
- Telefonnr. og adresse på Århus Kommunes genoptræningscenter
- Kort status om genoptræning under indlæggelse
- Operationsbeskrivelse og lægelig plan

Genoptræningsplanen mærkes "akut" på forsiden og sendes til:

Århus Kommune
Visitationskontoret
Skovvangsvej 97
8200 Århus N.

Borger medgives kopier af ovennævnte relevante bilag samt informationsbrev vedrørende frit valg på genoptræningsområdet.

Borgere med synkebesvær

Hospitalets opgaver

a) Hospitalet ringer "early warning" til Århus Kommunes Ergoteam på tlf. 4022 8696 . Opringningen sker under borgers indlæggelsesforløb. Ergoteam'et træffes på hverdage mellem kl. 8.00 – 9.00 samt mellem 14.00 – 15.00.

Der oplyses:

Navn, cpr.nr., patientens tlf.nr., samt faglige oplysninger af betydning for genoptræningen.

Ergoteam'et aftaler med hospitalsafdelingen et tidspunkt, hvor genoptræningen kan starte. Genoptræningen varetages i borgers hjem.

b) Ved udskrivelse oplyses borger om genoptræningstidspunktet.

Hospitalet udarbejder ved udskrivelsen en genoptræningsplan, hvoraf det fremgår:

- Telefonnr. og adresse på Århus Kommunes Ergoteam
- Kort status om genoptræning under indlæggelse
- Evt. lægelig plan for borgers videre forløb

Genoptræningsplanen mærkes "akut" på forsiden og sendes til:

Århus Kommune
Visitationskontoret
Skovvangsvej 97
8200 Århus N.

Borger medgives kopier af ovennævnte relevante bilag.

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Århus Kommune og Region Midtjylland ønsker ikke på nuværende tidspunkt at indgå aftale om udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb.

2.1.7 Information til de praktiserende læger

Indtil videre er der ikke indgået aftale mellem Århus Kommune og Region Midtjylland om, at slutstatus skal fremsendes til borgerens egen læge, når den foreligger.

2.3 Elektronisk kommunikation

Århus Kommune, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus pilottester afsendelse og modtagelse af de nævnte typer beskeder i efteråret 2008. Det tilstræbes, at afsendelse og modtagelse af genoptræningsplan via korrespondance format samt indlæggelses- og udskrivningsadvis er organisatorisk implementeret på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby samt Århus Kommune i 2009

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Indtil videre sker dialogen mellem kommune og hospitaler om genoptræningsplaner og konkrete patientforløb mellem hospitalsafdeling/terapeut og visitationsenhed. Ved spørgsmål af mere principiel karakter sker dialogen mellem de ledende terapeuter på hospitalerne og Sundhedsstaben, Århus Kommune

Det samme gælder tilfælde, hvor patientforløbet/genoptræningsforløbet ændrer karakter fra at være et alment genoptræningsforløb til at blive et specialiseret forløb - eller omvendt at patientforløbet ændrer sig fra at være et specialiseret forløb til et alment forløb.

Krav 3

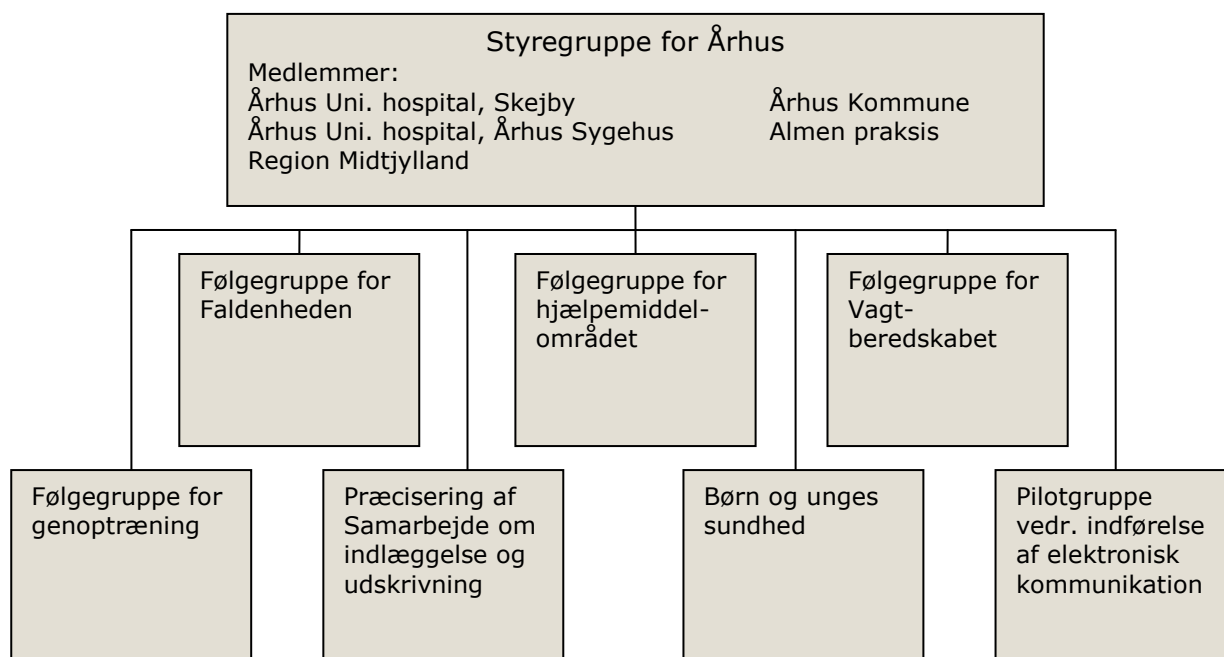
3.1 Almindelig genoptræning

Århus Kommune vil løbende udbygge hjemmesiden med informationer om de nye sundhedsopgaver; herunder løsningen af de nye genoptræningsopgaver.

Krav 4

Krav 5

5.2 etablering af lokale styregrupper Særligt for Århus Aftalen



Der etableres en lokal styregruppe, som kan varetage en række monitorerings- og evalueringsopgaver.

Den lokale styregruppe består af ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby, Århus Kommune (Sundhed og Omsorg) repræsentanter fra almen praksis (hvoraf den ene er Århus Kommunes praksiskonsulent) samt fra Region Midtjylland, afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for folkesundhed.

Den lokale styregruppe skal koordinere og følge sundhedsaftalen på følgende indsatsområder:

- samarbejdet om indlæggelse
- samarbejdet om udskrivelse
- samarbejdet på træningsområdet
- samarbejdet på hjælpemiddelområdet
- samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse; herunder patientrettet forebyggelse

For en nærmere beskrivelse af den lokale styregruppes opgaver henvises til sundhedsaftalen om indlæggelse, krav 3.

Der er etableret en **følgegruppe for genoptræningsområdet**. Kommissorium ligger som [\[bilag 3.11\]](#)

Se endvidere krav 3 under indlæggelse.

5.7 Vidensdeling sektorerne imellem

Vidensdeling mellem Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Kommune:

Læger og fysioterapeuter fra idrætsambulatoriet, Århus Sygehus har etableret et netværk mhp. hensigtsmæssige patientforløb og Vidensdeling med terapeuter fra Århus Kommunes ortopædkirurgiske genoptræningscenter.

Kompetenceudvikling mellem Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Kommune:

Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen, Århus Sygehus er i samarbejde med Århus Kommunes ortopædkirurgiske genoptræningscenter i gang med at udarbejde fælles retningslinier for jobrotation, jobbytte og jobsparring mhp. at udvikle terapeuternes kompetencer indenfor henholdsvis korte akutte forløb på Århus Sygehus og længere ambulante genoptræningsforløb i kommunalt regi.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 1

1.1 Hospitalernes ansvarsområder

Udlån af behandlingsredskaber eller hjælpemidler aftales i den lokale følgegruppe på hjælpemiddelområdet [bilag 4.2]

1.2 Kommunernes ansvarsområder

Hjælpermidler kan i Århus Kommune leveres fra dag til dag.

Kommunen bevilger nødvendige boligindretninger / boligændringer, hvis borgeren fagligt vurderes at have en varigt nedsat funktionsevne. Vurderingen foretages af boligteamet, Århus Kommune, Sundhed og Omsorg.

Krav 2

2.5.2 Opfølgning fra lokalt niveau i klyngerne

Århus Kommune og Region Midtjylland har etableret en lokal følgegruppe på hjælpemiddelområdet, hvor styringen af kapaciteten og samarbejdet mellem parterne er det centrale omdrejningspunkt.

Kommissorium for gruppen [bilag 4.2]

Krav 3

3.1 Varsling

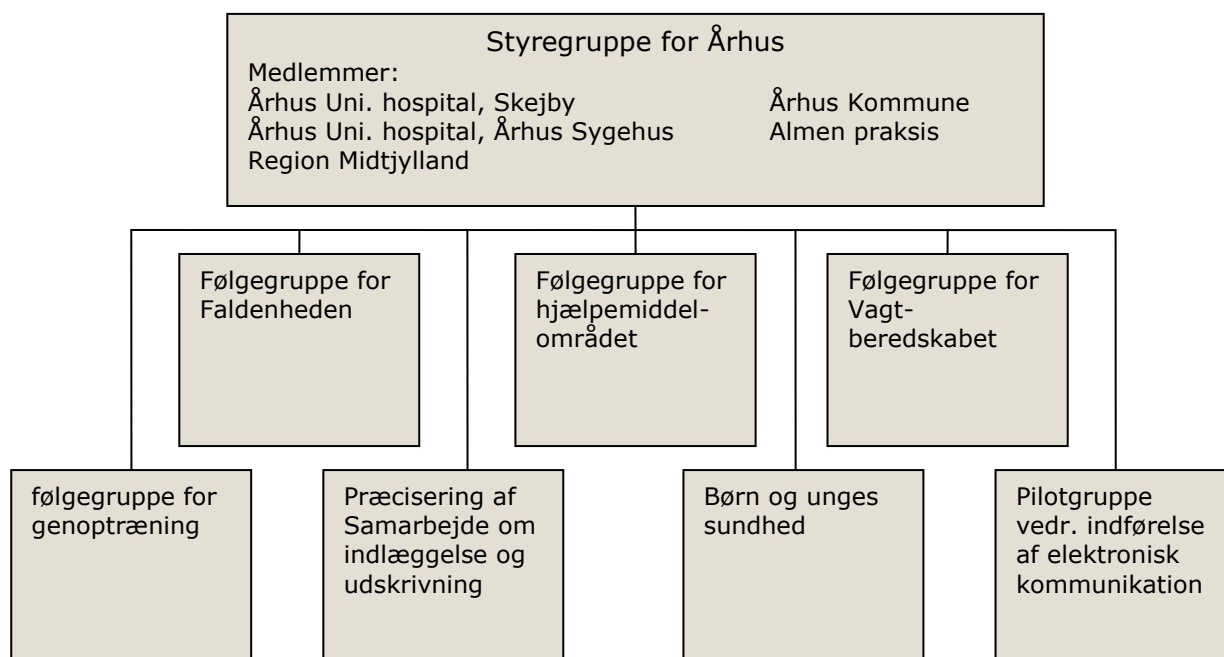
se skema under afsnit om udskrivningsforløb

Krav 4

Krav 5

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

Særligt for Århus Aftalen



Etablering af en lokal styregruppe

Der etableres en lokal styregruppe, som kan varetage en række monitorerings- og evalueringsopgaver.

Den lokale styregruppe består af ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby, Århus Kommune (Sundhed og Omsorg) repræsentanter fra almen praksis (hvoraf den ene er Århus Kommunes praksiskonsulent) samt fra Region Midtjylland, afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for folkesundhed.

Den lokale styregruppe skal koordinere og følge sundhedsaftalen på følgende indsatsområder:

- *samarbejdet om indlæggelse*
- *samarbejdet om udskrivelse*
- *samarbejdet på træningsområdet*
- *samarbejdet på hjælpemiddelområdet*
- *samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse; herunder patientrettet forebyggelse*

Der er etableret en følgegruppe for hjælpemiddelområdet. Kommissorium findes i [bilag 4.2]

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.2 Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby's patientrettede forebyggelsestilbud

[Bilag 5.5] beskriver hospitalernes Borgerrettede forebyggelsestilbud

1.2.3.1 Århus Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

[Bilag 5.8] beskriver Sundhedscenter Århus' patientkurser og øvrige aktiviteter, sundhedsklinikker og samarbejde med idrætsforeninger om opfølgende tilbud.

Sundhedscenter Århus har et særligt ansvar for samarbejdet i forhold til den patientrettede og borgerrettede forebyggelse med hospitaler og praktiserende læger.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Skejby, screener systematisk alle indlagte patienter for rygning i forbindelse med gennemførelsen af Den Danske Kvalitetsmodels standarder herom. Der motiveres så vidt muligt til rygestop, alternativt rygereduktion. Interesserede patienter tilbydes rygestopafvænningsstilbud i forbindelse med indlæggelse hvor dette er muligt og ellers henvises der til Århus Kommunes tilbud.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Skejby, varetager en lang række patientuddannelsesstilbud (jf. oversigt [Bilag 5.5]). Der udvikles systematiske sammenhænge til de videre patientkurser i Århus Kommune i takt med at de nationale og regionale forløbsprogrammer træder i kraft.

[Bilag 5.8] beskriver Sundhedscenter Århus' patientkurser og øvrige aktiviteter, sundhedsklinikker og samarbejde med idrætsforeninger om opfølgende tilbud.

Sundhedscenter Århus har et særligt ansvar for samarbejdet i forhold til den patientrettede og borgerrettede forebyggelse med hospitaler og praktiserende læger.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Århus Kommune er ikke en del af ovenstående samarbejde om telefonrådgivning. Kommunen har egen rådgivning, der kan træffes på telefonnummer: 7020 8008

Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Kommune har nedsat en koordinationsgruppe om samarbejdsmuligheder indenfor børneområdet. [Bilag 5.9, Kommissorium]. Der er også nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe til samarbejde om udvikling af model for den fremtidige distriktspædiatri. Resultaterne af begge gruppers arbejde forventes at indgå i sundhedsaftale 2, 2010.

Århus Universitetshospital, Skejby varetager alle fødsler borgere i Århus Kommune. [Bilag 5.6] beskriver det generelle tilbud, som hospitalet giver borgerne.

[Bilag 5.7] beskriver tilbuddet for fødende med anden etnisk baggrund end dansk. Tilbuddet er et samarbejde mellem Universitetshospitalet Skejby og Århus Kommune, i sundhedshuset i Vest

[Bilag 5.11] beskriver generelle sundhedstilbud til børn og unge i Århus Kommune

- 100 sundhedsplejersker og læger kan kontaktes med sundhedsspørgsmål og sundhedsproblemer. Kontaktoplysninger for hver skole findes på: aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/boernesundhed
- Sundhedshus for unge. Dialog, rådgivning v. personligt fremmøde eller elektronisk, teater og øvrige aktiviteter. Alle unge er velkomne. Info på sundhedshusforunge@mso.aarhus.dk. Kampagnesite: sundhedsagenterne.dk

Ungdomscentret yder rådgivning til unge med vanskeligheder eller problemer. Målgruppen er under 18-årige. Emnemæssigt er de professionelle socialfaglige rådgivere klar med rådgivning vedr. ungdomslivet, fx ift. familie og skole, kriminalitet, misbrug, spiseforstyrrelser mm. Info på cyberhus.dk/aarhus

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

SundhedsCenter Århus og Center Basen samarbejder om det flerårige projekt 'Det Fælles Ansvar' på tværs af magistratsafdelingerne. Socialt udsatte borgere tilbydes en tværfaglig sundhedsfremmende indsats. Formålet er, at medvirke til at højne livskvaliteten for den enkelte borger gennem en mere indholdsrig hverdag, samt et større fysisk og personligt overskud. Dels i målgruppens miljø, dels i SundhedsCenter Århus. Psykisk syge udgør en del af målgruppen udsatte borgere.

Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Kommune har nedsat en koordinationsgruppe om samarbejdsmuligheder indenfor børneområdet. [Bilag 5.9, Kommissorium]. Der er også nedsat

en tværsektoriel arbejdsgruppe til samarbejde om udvikling af model for den fremtidige distriktpædiatri. Resultaterne af begge gruppers arbejde forventes at indgå i sundhedsaftale 2, 2010. Heri forventes differentierede tilbud at indgå.

Graviditet

Århus Universitetshospital, Skejby varetager alle fødsler borgere i Århus Kommune. [Bilag 5.6] beskriver det generelle tilbud, som hospitalet giver borgerne.

[Bilag 5.7] beskriver tilbuddet for fødende med anden etnisk baggrund end dansk. Tilbuddet er et samarbejde mellem Universitetshospitalet Skejby og Århus Kommune.

Indsats arbejdsfastholdelse

- Indsats for **sygemeldte i mere end 4 uger med smerteproblematik** i bevægeapparatet v. sociallægeinstitutionen og Sundhedscenter Århus.
- Beskæftigelsesforvaltningen og Århus Kommunes ortopædkirurgiske genoptræningscenter samarbejder om en ekstraordinær indsats til borgere, der både er på **sygedagpengeforsørgelse og i et genoptræningsforløb** efter en ortopædkirurgisk udredning. Målgruppen tilbydes genoptræning og sagsbehandling efter gældende retningslinjer. Sagsbehandleren er fysisk placeret på Århus Kommunes genoptræningscenter. Det særlige ved indsatsen er den tætte kontakt mellem fysioterapeut og sagsbehandler, der skal sikre en forbedret indsats på begge områder. Projektet evalueres med et kontrolleret design i efteråret 2008.

En særlig indsats "**Sund i arbejde**" for sygemeldte blandt egne ansatte. Der udvikles metoder som på sigt kan anvendes generelt i indsatsen for sygedagpengemodtagere.

Krav 2

2.2 Tilgængelighed af information

Århus Kommunes tilbud på sundhedsfremmeområdet findes i borgerpjece på kommunens sundhedscenters hjemmeside

[http://www.aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/sundhedscenter], der udbygges og vedligeholdes løbende. Alle praktiserende læger og hospitalerne modtager halvårligt pjecer med oversigt over tilbuddene.

Universitetshospitalet Århus Sygehus og universitetshospitalet Skejby vil lægge deres sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud i e-Dok. En samlet liste vil blive opretholdt af Region Midtjylland på deres hjemmeside. Århus Kommune linker hertil.

Krav 3

Krav 4

4.4 Vidensdeling mellem sektorerne

For at sikre sammenhæng i det samlede sundhedsvæsens indsats og en høj kvalitet i sundhedsydelserne er det nødvendigt, at sundhedspersonalets faglige kompetencer til stadighed forbedres. Det er nødvendigt, at det sker på tværs af sektorer og på visse områder også tværfagligt.

Dette sikres bl.a. ved:

Temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner

Region Midtjylland og Århus Kommune finder det væsentligt at sikre, at ansatte ved hospitalerne, i praksissektoren og i Århus Kommune, Sundhed og Omsorg får et bredt kendskab til sundhedsaftalen samt mulighed for sammen at drøfte, hvordan vi skaber gode og sammenhængende patientforløb indenfor de rammer, vi arbejder under.

Det aftales derfor, at der årligt gennemføres et antal temadage om sundhedsaftalen og samarbejdet mellem hospital, praksis, region og kommune. Den lokale styregruppe for sundhedsaftalen er ansvarlig for afvikling af temaeftermiddagene.

Etablering af faglige netværk

Region Midtjylland og Århus Kommune erkender, at det er vigtigt for kontinuiteten i patientforløb, at den faglige viden er ajourført både på hospital og i hjemmeplejen. Det er væsentligt at vide hvilke kompetencer, der er til stede hos den anden part. Det gælder både i forbindelse med overvejelser om indlæggelse og ved udskrivelse af patienter med fortsat behov for pleje og eventuelt genoptræning.

I det daglige samarbejde skal der skabes mulighed for, at personalet individuelt kan henvende sig for at få råd og vejledning i konkrete sager og forløb.

Århus Kommune har etableret et sundhedscenter, hvor der bl.a. er patientskoletilbud til borgere med:

- Kol sygdom (kronisk obstruktiv lungelidelse)
- Hjerte-kar sygdom
- Diabetes.

Samtidig er der på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus en række sygdoms- og behandlingsrelaterede undervisningstilbud til samme patientgrupper. Tilbuddene på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus er specialiserede, og omhandler typisk sygdomsforståelse, monitorering af egen sygdom, behandling af egen sygdom. Tilbuddene er beskrevet konkret i [bilag 5.5].

Der er etableret et fagligt netværk mellem personalet i Århus Kommunes Sundhedscenter og personalet ved de specialafdelinger ved Århus Universitetshospital, der behandler de patienter, der er målgruppe for sundhedscentret tilbud.

Fælles skolebænk om relevante emner

Århus Kommune og hospitalerne i Århus har lang tradition for at samarbejde om fælles skolebænk kurser, hvor personale fra hospitalsafdelingerne og kommunens hjemmepleje og visitation deltager i samme kursusforløb. Hidtil har fælles skolebænk kurserne haft titlen "Hvad er almindelig aldring og hvad er sygdom hos ældre?". Det er personale fra geriatrik afdeling, der har stået for undervisningen.

Undervisningsforløbet har dels givet kursisterne en større viden om sundhed, sygdom og aldringstegn hos ældre, men har også medvirket til, at kursisterne har fået større kendskab til hinanden og hinandens arbejdsvilkår og muligheder.

Parterne hver især dækker kursusudgifterne på ca. 1.000 kr. pr. kursist.

4.5 Metodeudvikling

Se ovenfor under vidensdelingsinitiativer.

Der pågår et flerårigt samarbejde mellem Region og Kommune vedr. evaluering af patientkursus på Sundhedscenter Århus, som forventes videreført i hele sundhedsaftalens periode. Det er et fælles metodeudviklingsarbejde, omtalt i [bilag 5.8]

Krav 5

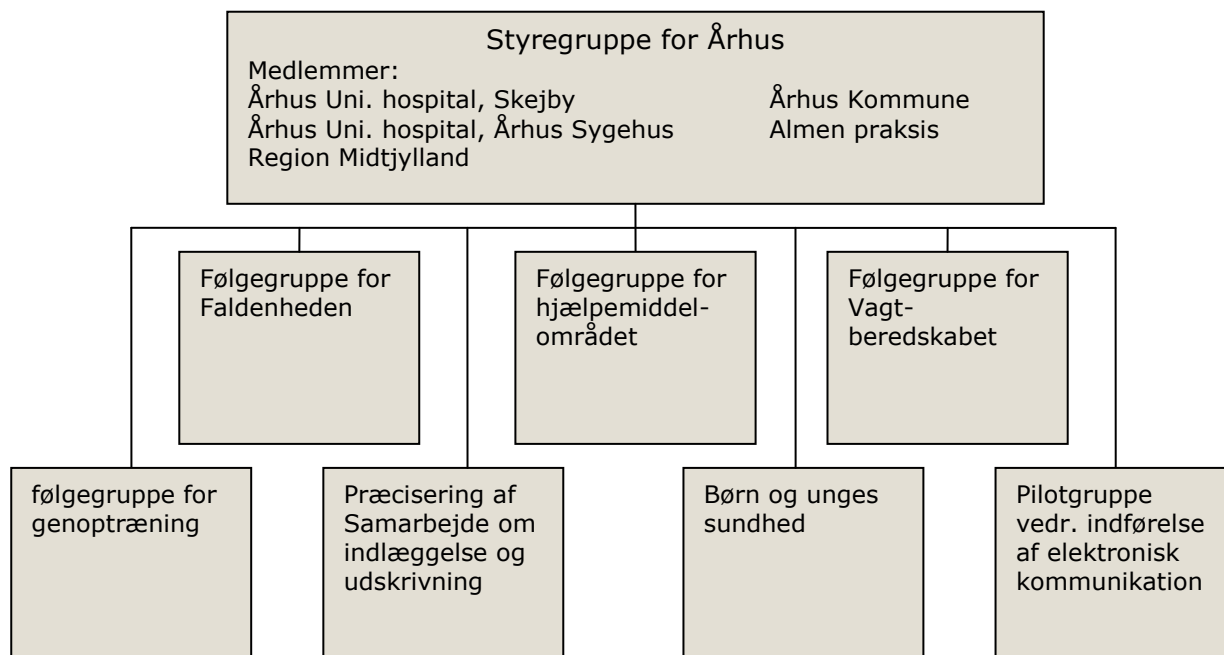
5.2 Tilbudenes tilgængelighed

Århus Kommune har udarbejdet en pjece, der beskriver kommunens tilbud til kronisk syge patienter:

http://www.aarhuskommune.dk/files/aak/aak/content/filer/magistratens_3._afdeling/sundhedscenter_aarhus/nypjece.03.05.07.pdf

Krav 6

6.1 Opfølgning



Etablering af en lokal styregruppe

Der etableres en lokal styregruppe, som kan varetage en række monitorerings- og evalueringsopgaver.

Den lokale styregruppe består af ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby, Århus Kommune (Sundhed og Omsorg) repræsentanter fra almen praksis (hvoraf den ene er Århus Kommunes praksiskonsulent) samt fra Region Midtjylland, afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for folkesundhed.

Den lokale styregruppe skal koordinere og følge sundhedsaftalen på følgende indsatsområder:

- *samarbejdet om indlæggelse*
- *samarbejdet om udskrivelse*
- *samarbejdet på træningsområdet*
- *samarbejdet på hjælpemiddelområdet*
- *samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse; herunder patientrettet forebyggelse*

*Der er etableret en **følgegruppe for børn og unges sundhed** [bilag 2.6]*

Samsø

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Ved akut indlæggelse skabes kontakt fra sygehus til primær sektor dels via visitator, dels via Brobyggerteamet

1.3.2 Basal kommunikation mellem parterne

Samsø Kommune, Regionshospitalet Samsø vil tilstræbe, at afsendelse og modtagelse af genoptræningsplan via korrespondanceformat samt indlæggelses- og udskrivningsadvis kan udveksles i 2009. Dette er dog afhængigt af personaleressourcerne på Regionshospitalet Samsø.

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har åben indlæggelse

Åben indlæggelse er en indlæggelse direkte i hospitalsafdelingen, og den kan foranlediges af patienten, dennes pårørende eller sundhedsfagligt personale i den primære sundhedstjeneste. Der er tale om en indlæggelse fra hjemmet direkte i sengeafsnittet på Regionshospitalet Samsø, hvor patienten har et forløb, hvor der er aftalt åben indlæggelse.

Der medvirker således ikke vagtlæge eller skadestue. Det vil oftest være modtagende afdelings vagthavende læge eller sygeplejerske, der kontaktes direkte af patient, pårørende eller sundhedsfagligt personale i den primære sundhedstjeneste.

Følgende karakteriserer den åbne indlæggelse:

- *Åben indlæggelse er en aftale mellem hospitalsafdelingen og patienten, og den er lægeordineret ved udskrivelse eller sidste kontakt.*
- *Patienten kan enten have en uhelbredelig sygdom, en hastigt fremadskridende sygdom, hvor der kan forventes forværring eller tilbagefald i patientens tilstand, eller en sygdom med behov for hurtigt indsættende lindrende behandling fra den afdeling, hvor patienten er i et forløb.*

Udviklingen drøftes på styregruppemøderne efter behov.

Krav 2

2.2 Kommunale tiltag, der kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Samsø Kommune og Regionshospitalet Samsø har en samarbejdsaftale om et brobyggerteam. Formålet med brobyggerteamet er, at sikre sammenhængende patientforløb og at styrke kompetencen i såvel primær som sekundær sektor.

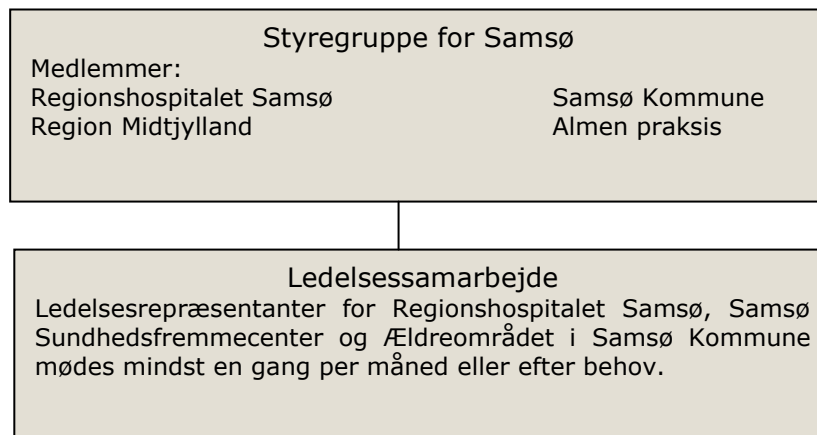
Projektbeskrivelsen for Brobyggerteamet skal revideres inden udgangen af 2008.

Se også [bilag 1.8]

Krav 3

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur:

Den lokale styregruppe



Der nedsættes en styregruppe, der har ansvaret for, at det lokale samarbejde fungerer. Styregruppen består af:

- *Ledelsesrepræsentanter fra Samsø Kommune*
- *Ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus*
- *Repræsentanter fra almen praksis*
- *Repræsentanter fra Region Midtjylland, Regionalt sundhedssamarbejde og Center for folkesundhed*

Sekretariatsbetjeningen varetages af region/hospital i fællesskab.

Den lokale styregruppe fungerer som idéforum og igangsætter mellem Samsø Kommune, Region Midtjylland, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og praksissektoren. Den leverer beslutningskraft på strategisk niveau og koordinerer samarbejdet på følgende indsatsområder:

- *samarbejdet om indlæggelse*
- *samarbejdet om udskrivelse*
- *samarbejdet på træningsområdet*
- *samarbejdet på hjælpemiddelområdet*
- *samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse; herunder patientrettet forebyggelse*

Der afholdes møder efter behov. Styregruppen kan efter behov nedsætte arbejdsgrupper ad hoc eller permanent.

Koordineringen af samarbejdet om mennesker med sindslidelser sker i samarbejde mellem Region Midtjyllands psykiatri distrikt øst og Samsø Kommune.

Ledelsessamarbejde

Ledelsesrepræsentanter for Regionshospitalet Samsø, Samsø Sundhedsfremmecenter og Ældreområdet i Samsø Kommune mødes mindst en gang per måned eller efter behov. Formålet med møderne er at sikre et

højt informationsniveau samt løbende evaluere, opfølge og optimere patientforløb, driftsopgaver og samarbejde.

Fælles skolebænk

Undervisning, der arrangeres for henholdsvis personale på Regionshospitalet Samsø eller relevante personalegrupper i Samsø Kommune, planlægges, hvor det er relevant, fælles for alle.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.2 Varslingsfrister

Aftale om udskrivelser fra Regionshospitalet Samsø

- *Ved få dages indlæggelse
Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne, kan udskrivningen aftales med den gruppelederen for hjemmeplejen samme dag.
Hvis ændring i medicin medgives recept og medicin kan i nogle situationer medgives til det første døgn.
Vandrejournal ajourføres.*
- *Længerevarende indlæggelse
Hvis behov vil kontakt til brobyggerteamet være etableret under indlæggelse.
Brobyggerteamet vil inddrage patienten, patientens netværk, visitator, hjemmesygeplejerske m.fl. i udskrivningsforløbet.*

Hvis brobyggerteamet ikke er involveret inddrages visitator fra Samsø Kommune tidligt i forløbet m.h.p. visitation til pleje, praktisk hjælp og bistand.

1.3.2 Basal kommunikation mellem parterne

Samsø Kommune, Regionshospitalet Samsø vil tilstræbe, at afsendelse og modtagelse af genoptræningsplan via korrespondance format samt indlæggelses- og udskrivningsadvis kan udveksles i 2009. Dette er dog afhængigt af personaleressourcerne på Regionshospitalet Samsø.

Krav 2

Krav 3

3.1 Daglig kapacitetstilpasning

Dette punkt indgår som en del af brobyggerteamets funktion. Projektbeskrivelsen for Brobyggerteamet skal revideres inden udgangen af 2008. [bilag 1.8]

3.4 Koordination og kommunikation mellem parterne

På Samsø afholdes klyngemøder ca. 2 gange årligt på skift ved de enkelte parter (Regionshospitalet Samsø; Århus Kommune og Region Midtjylland). Værten varetager sekretariatsfunktionen.

Krav 4

se krav 3 under indlæggelse

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Uddybende kommentarer til bilag 3.1:

På det ortopædkirurgiske område er der for fysioterapi beskrevet nogle patientkategorier, som både kan være en sygehusopgave og en kommunal opgave. Det drejer sig om:

- *Skulder/albueopererede*
- *Knækirurgiske patienter med operationer på ligament, brusk, menisk*
- *ACL*
- *Idrætssklinik/skadepatienter*

Samsø Kommune og Regionshospitalet Samsø aftaler, hvor disse patientkategorier genoptrænes. Primært tages der hensyn til, om den enkelte opgave kræver et tæt lægeligt samarbejde (i så fald er det en specialiseret genoptræning - på hospital)

På det ortopædkirurgiske område er der for ergoterapi beskrevet, at komplicerede håndforløb, hvor hovedparten har gennemgået en operation, er en specialiseret sygehusopgave. Da der ikke er ansat en ergoterapeut på Regionshospitalet Samsø, varetages denne opgave af kommunalt ansat ergoterapeut.

Aflastningspladser i Samsø Kommune

Samsø Kommune råder pt. over 3 aflastnings/akutstuer.

Formålet med ophold på aflastnings/akutstuer kan være:

- *Behov for ikke-specialiseret genoptræning, som ikke kan finde sted i eget hjem*
- *Behov for vedligeholdelsestræning, som ikke kan finde sted i eget hjem*
- *Behov for speciel omsorg og pleje, hvor specialiseret lægebehandling ikke er nødvendig*
- *Behov for aflastning af ægtefælle*

Ophold på aflastnings/akutstue kan være af længere eller kortere varighed.

Stillingtagen til aflastningsophold og anslået varighed varetages af Samsø Kommunes visitator.

1.4 Opgavefordeling

Problematikker på området afklares i ledergruppen, som består af ledelsesrepræsentanter for Regionshospitalet Samsø, Sundhedsafdelingen i Samsø Kommune og Ældreområdet i Samsø Kommune.

1.5 Hjerneskeadeområdet

Kontaktperson på voksenområdet: Afdelingschef Nanna Salicath, Sundhedsafdelingen

Krav 2

2.1 Genoptræningsplan

Samsø Kommune og Region Midtjylland ønsker ikke på nuværende tidspunkt at indgå aftale om udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb. Opstår der problemer konfererer parterne.

2.3 elektronisk kommunikation

Samsø Kommune, Regionshospitalet Samsø vil tilstræbe, at afsendelse og modtagelse af genoptræningsplan via korrespondance format samt indlæggelses- og udskrivningsadvis kan udveksles i 2009. Dette er dog afhængigt af personaleressourcerne på Regionshospitalet Samsø.

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Tvivlsspørgsmål vedrørende genoptræning drøftes i Ledergruppen, som består af ledelsesrepræsentanter for Regionshospitalet Samsø, Sundhedsafdelingen i Samsø Kommune og Ældreområdet i Samsø Kommune.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Samsø kommune udbygger løbende hjemmesiden med informationer om kommunens genoptræningstilbud.

Krav 4

Krav 5

5.2 Etablering af lokale styregrupper

se krav 3 under indlæggelse

5.7 Vidensdeling sektorerne imellem

Se gennemgang under punkt 5.2 i nærværende delaftale om træningsområdet

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 1

Krav 2

2.3 Ændringer i kapacitetsbehov

Styregruppen varetager denne opgave på deres halvårlige møder.

Krav 3

3.1 Varsling

Særligt for Samsøaftalen:

Aftale om udskrivelser fra Regionshospitalet Samsø

▪ Ved få dages indlæggelse

Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne, kan udskrivningen aftales med gruppelederen for hjemmeplejen samme dag.

Hvis ændring i medicin medgives recept og medicin kan i nogle situationer medgives til det første døgn.

Vandrejournal ajourføres.

▪ Længerevarende indlæggelse

Hvis behov vil kontakt til brobyggerteamet være etableret under indlæggelse.

Brobyggerteamet vil inddrage patienten, patientens netværk, visitator, hjemmesygeplejerske m.fl. i udskrivningsforløbet.

Hvis brobyggerteamet ikke er involveret inddrages visitator fra Samsø Kommune tidligt i forløbet m.h.p. visitation til pleje, praktisk hjælp og bistand. Se [bilag 1.7]

Levering af særlige hjælpemidler

Samsø Kommune har indgået en leasingaftale med Zealand Care om leasing af hjælpemidler. Kommunen har et mindre akutlager af hjælpemidler, men har en borger brug for specielle hjælpemidler, kan disse først skaffes til veje om onsdagen, når Zealand Care leverer hjælpemidler til Samsø.

Krav 4

Krav 5

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

se krav 3 under indlæggelse

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.2 Regionshospital Samsøs patientrettede forebyggelsestilbud

*Relevant klinisk undervisning på Regionshospitalet Samsø (for indlagte patienter)
Patientskoler oprettes efter behov i et samarbejde mellem Samsø Sundhedsfremmecenter og Regionshospital Samsø (rygskole, hjerterehabilitering, KOL-skole, diabetesskole, osteoporoseskole, parkinsonskole).*

1.2.3.1 Samsø Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

*Patientskoler oprettes efter behov i et samarbejde imellem Samsø Kommune og Regionshospitalet Samsø. Patientskoler annonceres via den kommunale hjemmeside: (www.samsoe.dk), via annoncer i Samsøposten og ved opslag/pjecer hos praktiserende læger/Samsø Bibliotek og Samsø Apotek.
Deltagelse i patientskoler kræver lægehenviisning.*

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og Folkesundhed

Samsø Kommune afholder kontinuerligt rygestopkurser. Rygestopkurser annonceres via den kommunale hjemmeside: (www.samsoe.dk), via annoncer i Samsøposten og ved opslag/pjecer hos praktiserende læger/Samsø Bibliotek og Samsø Apotek. Henvendelse vedr. rygestopkursus til Sundhedsafdelingen.

1.3.2 Indsatsområde: Borgere med kroniske lidelser

Som beskrevet i den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland har kommunerne ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og skal tillige varetage den patientrettede forebyggelse, som finder sted uden for hospitaler og almen praksis. Regionen skal varetage den patientrettede forebyggelse i relation til almen praksis og hospitaler.

I Samsø Kommune varetager Samsø sundhedsfremmecenter den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Den patientrettede forebyggelse varetages ved hjælp af følgende tilbud:

- *Relevant klinisk undervisning på Regionshospitalet Samsø (for indlagte patienter)*
- *Patientskoler oprettes efter behov i et samarbejde mellem Samsø Sundhedsfremmecenter og Regionshospital Samsø (rygskole, hjerterehabilitering, KOL-skole, diabetesskole, osteoporoseskole, parkinsonskole)*
- *Lær at leve med kronisk sygdom (oprettes af Samsø Sundhedsfremmecenter)*
- *Selvhjælpsgrupper oprettes efter behov (Samsø Sundhedsfremmecenter) i samarbejde med patientforeninger (og praktiserende læger)*

Rygning og alkoholmisbrug er særlige indsatsområder

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Diagnoserettede tilbud:

Relevant klinisk undervisning på Regionshospitalet Samsø (for indlagte patienter)
Patientskoler oprettes efter behov i et samarbejde mellem Samsø Sundhedsfremmecenter og Regionshospitalet Samsø (rygskole, hjerterehabilitering, KOL-skole, diabetesskole, osteoporoseskole, parkinsonskole)

Borgerrettede tilbud:

"Lær at leve med kronisk sygdom" (oprettes af Samsø Sundhedsfremmecenter)
Selvhjælpsgrupper oprettes efter behov (Samsø Sundhedsfremmecenter) i samarbejde med patientforeninger (og praktiserende læger)

Kurserne annonceres via den kommunale hjemmeside: (www.samsoe.dk), via annoncer i Samsøposten og ved opslag/pjecer hos praktiserende læger/Samsø Bibliotek og Samsø Apotek. Kurserne kræver ikke lægehenviisning.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Det er muligt at føde på Regionshospitalet Samsø. Fødslerne har status af hjemmefødsler.

Tilbudet: "Mad og motion" til overvægtige børn og unge på Samsø. Henvendelse om deltagelse til sundhedsplejersken. Se pjec, som ligger på hjemmesiden (samsoe.dk).

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

I et samarbejde imellem Sundhedsafdelingen i Samsø Kommune og Jobcenter Samsø gennemføres i 2008 projekt "Nøglen", som er målrettet sygemeldte borgere med det formål at begrænse sygefraværet.

Krav 2

2.1 Det løbende samarbejde

se krav 3 under indlæggelse

Krav 3

Krav 4

4.4 Vidensdeling mellem sektorerne

I forbindelse med oprettelse af patientskoler gennemføres fælles skolebænk i form af en temaeftersmiddag for hospitalets og kommunens personale.

I samarbejde med Center for folkesundhed tilpasses uddannelsen i sundhedsfremme og forebyggelsen mulighederne i Samsø kommune og Regionshospitalet Samsø og gennemføres som fælles skolebænk med det formål at styrke ledere og medarbejderes de sundhedsfremmende og forebyggende kompetencer.

Vidensdeling mere generelt foregår på møder i Ledergruppen, som består af ledelsesrepræsentanter for Regionshospitalet Samsø, Sundhedsafdelingen i Samsø Kommune og Ældreområdet i Samsø Kommune.

4.5 Metodeudvikling

I forbindelse med oprettelse af patientskoler gennemføres fælles skolebænk i form af en temaeftersmiddag for hospitalets og kommunens personale.

I samarbejde med Center for folkesundhed tilpasses uddannelsen i sundhedsfremme og forebyggelsen mulighederne i Samsø kommune og Regionshospitalet Samsø og gennemføres som fælles skolebænk med det formål at styrke ledere og medarbejderes de sundhedsfremmende og forebyggende kompetencer.

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Tilbud om kommunale indsatser for kronisk syge borgere annonceres via den kommunale hjemmeside: (www.samsøe.dk), via annoncer i Samsøposten og ved opslag/pjecer hos praktiserende læger/Samsø Bibliotek og Samsø Apotek

Krav 6

6.1 Opfølgning på sundhedsaftalerne

se krav 3 under indlæggelse

Vestklyngen

Vestklyngen, der består af: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune, Hospitalsenheden Vest og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Hospitalsenheden Vest kan anvende korrespondancemeddelelser fra oktober 2008.

1.2.3.1 Ved planlagte indlæggelser

På Hospitalsenheden Vest er der retningslinje for kontaktpersoner, der beskriver sikring af, at udskrivelse skal planlægges. Desuden har den enkelte hospitalsafdeling instruks for kontaktpersoner (Bilag 2.1).

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Ved indlæggelse afsender hospitalet indlæggelsesadvis til kommunen. Herved får kommunen besked om indlæggelsen og kan afbestille de kommunale serviceydelser. Særligt for Vestklyngen aftales, at der arbejdes med advis, men indtil videre gives besked via mail/fax til visitator. Hospitalet forventer at kunne afsende advis til oktober 2008.

1.3 Elektronisk kommunikation med samarbejdsparter

På Hospitalsenheden Vest er planen, at indlæggelses- og udskrivningsadvis, genoptræningsplaner og korrespondancemeddelelser iværksættes fra oktober 2008.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Der aftales en fokus på genindlæggelser, 1 dags indlæggelser samt en proces for den kommende nye akkrediteringsmodel.

I forbindelse med arbejdet med forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser indgår kommune, praktiserende læger og hospital i en tæt dialog med henblik på at nedbringe omfanget.

Krav 3

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur

Opfølgningsprocedurer i Vestklyngen foregår på flere niveauer, idet der foruden Styregruppen også er nedsat en Faglig Følgegruppe samt en samarbejdsgruppe for hvert af skalområderne: Indlæggelse-og udskrivning, Træningsområdet, Hjælpemiddelområdet, Sundhedsfremme- og forebyggelse – herunder den patientrettede forebyggelse. Derudover er nedsat en samarbejdsgruppe: Gør et godt samarbejde bedre... med reference til Faglig Følgegruppe. Denne samarbejdsgruppe, modtager rapporter fra samarbejdspartnerne indenfor

Sundhedsaftaler i Vestklyngen. Disse rapporter omhandler hændelser med både gode og mindre gode samarbejds-mæssige oplevelser, der kan drages læring af.

Vedlagt kommissorium for og oversigt over medlemmerne af Styregruppen (bilag 1.8), Faglig Følgegruppe (bilag 1.9) og Gør et godt samarbejde bedre... (bilag 1.10).

Opfølgning vedr. indlæggelsesområdet kan foregå via samarbejdsgruppen: Indlæggelses- og udskrivning, Faglig Følgegruppe, Styregruppen eller via Gør et godt samarbejde bedre... Vedlagt er kommissorium for og oversigt over medlemmerne af Samarbejdsgruppen: Indlæggelses- og udskrivning (bilag 1.11).

Lokalt iværksatte projekter evalueres via de beskrevne fora – eks. følges udviklingen indenfor "Åbne indlæggelser" kvartalsvis. Der trækkes lister, så hver kommune og Hospitalsenheden Vest kan følge udviklingen.

På de halvårslige klyngemøder er der følgende faste dagsordenspunkter:

- Centrale nøgletal – herunder Åbne indlæggelser
- Koordination og kommunikation partnerne imellem. Orientering om og diskussion af lokale tidsbegrænsede ændringer i kapaciteten, der har indflydelse på de andre parter daglige arbejde. Der aftales, hvorledes partnerne kan tilpasse sig den aktuelle situation.

Siden oktober 2007 har der været etableret e-Dok – elektroniske dokumenter vedr. Sundhedsaftalerne i Vestklyngen således, at samarbejdspartnerne har samme fælles platform at arbejde ud fra. Sundhedsaftalerne er på denne måde gjort anvendelige i praksis – i det led, hvor fagperson møder patient eller kollega. Kan ses på: www.ringamt.dk/sundhedsaftaler

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.2 Varslingsfrister i forbindelse med behov for personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje efter udskrivning

Kommunerne og hospitalet er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne.

Krav 3

3.3 Tiltag på hospitalerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Beskrivelse af udgående funktioner på Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro fremgår af bilag 2.5

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Der er indgået samarbejdsaftale om opfølgende hjemmebesøg af medicinske + 78-årige patienter udskrevet fra Hospitalsenheden Vest. Kommunerne: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer deltager i dette DSI projekt, hvor praktiserende læge og hjemmesygeplejerske aflægger besøg i patientens hjem med aftalte intervaller (Glostrup-model). Hospitalsenheden Vest visiterer patienterne. Dette projekt har to hovedopgaver: 1) at støtte lokale projekter i implementeringsprocessen, og 2) at foretage en omkostningsanalyse af de lokale interventioner. Ambitionen er, at på et samfundsøkonomisk niveau at sammenholde kommunernes, regionens og patienternes udgifter ved interventionen med de besparelser, som interventionerne giver i region og kommune grundet et eventuelt fald i genindlæggelserne. Derudover har DSI projektet til opgave at informere andre i Region

Midtjylland om opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup-modellen og om de lokale projekters implementeringserfaringer. I forhold til DSI projektet har Region Midtjylland indgået § 2 aftale vedr. opfølgende hjemmebesøg.

Krav 4

Se krav 3 i indlæggelsesaftalen

Opfølgning vedr. udskrivningsområdet kan foregå via samarbejdsgruppen: Indlæggelses- og udskrivning, Faglig Følgegruppe, Styregruppen eller via Gør et godt samarbejde bedre... Vedlagt er kommissorium for og oversigt over medlemmerne af Samarbejdsgruppen: Indlæggelses- og udskrivning (bilag 1.11).

På de halvårslige klyngemøder er der følgende faste dagsordenspunkter:

- Centrale nøgletal – herunder Åbne indlæggelser
- Koordination og kommunikation partnerne imellem. Orientering om og diskussion af lokale tidsbegrænsede ændringer i kapaciteten, der har indflydelse på de andre parter daglige arbejde. Der aftales, hvorledes partnerne kan tilpasse sig den aktuelle situation.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.1 Fælles målsætninger for genoptræningsområdet

Der aftales en fælles fokus på gråzonen mellem almen og specialiseret genoptræning.

1.4 Opgavefordeling

I forbindelse med udskrivning af patienter fra hospitalet foretager hospitalets terapeuter i visse tilfælde et besøg i patientens eget hjem med henblik på at vurdere om hjemmet er indrettet hensigtsmæssigt i forhold til patientens funktionsniveau. Det aftales, at sådanne hjemmebesøg vedrørende indretning af patientens bolig kun sker efter forudgående aftale mellem hospitalet og kommunen. Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning. Området drøftes i regi af styregruppen.

Krav 2

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder sker løbende i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe, og på regionalt niveau. Aktuelle tvister mellem samarbejdspartnerne skal løses af fagpersonerne her og nu, således at patienten ikke bliver "sorteper". Fagpersonerne må herefter inddrage deres ledelsessystem og/eller sende en rapport til Gør et godt samarbejde bedre... med henblik på, at der kan drages læring generelt i organisationerne. Endvidere tages sagen op i de lokale fora – som beskrevet.

Krav 5

Se krav 3 i indlæggelsesaftalen

5.2 Etablering af lokale styregrupper

Opfølgning vedr. træningsområdet kan foregå via samarbejdsgruppen: Træningsområdet, Faglig Følgegruppe, Styregruppen eller via Gør et godt samarbejde bedre... Vedlagt er kommissorium for og oversigt over medlemmerne af Samarbejdsgruppen: Træningsområdet (bilag 3.11).

På de halvårslige klyngemøder er der følgende faste dagsordenspunkter:

- Centrale nøgletal – herunder Åbne indlæggelser
- Orientering om og diskussion af lokale ændringer i kapaciteten, som har indflydelse på andre parter daglige arbejde.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 2

2.3 Ændringer i kapacitetsbehov

I Vestklyngen er aftalt, at ændringer i kapacitetsbehov kan ske ved:

1. På Styregruppemøde i Klyngen, Faglig Følgegruppemøde og samarbejdsgruppe for Hjælpemiddelområdet eller via Gør et godt samarbejde bedre...
2. Chefterapeut og leder af hjælpemiddelenheden kontakter de respektive kommunale ledere mhp. løbende orientering.

Krav 5

Se krav 3 i indlæggelsesaftalen

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

Opfølgning vedr. hjælpemiddelområdet kan foregå via samarbejdsgruppen: Hjælpemiddelområdet, Faglig Følgegruppe, Styregruppen eller via Gør et godt samarbejde bedre... Vedlagt er kommissorium for og oversigt over medlemmerne af Samarbejdsgruppen: Hjælpemiddelområdet (bilag 4.2).

På de halvårslige klyngemøder er der følgende faste dagsordenspunkter:

- Centrale nøgletal – herunder Åbne indlæggelser
- Hjælpemiddelområdet: Opfølgning af kvalitet af leveringstider og hjælpemidlernes funktion – herunder de opfølgingsparametre, som er fastlagt af Det Regionale Samarbejdsforum på hjælpemiddelområdet jf. krav 5.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.2. Hospitalsenheden Vest' patientrettede forebyggelsestilbud

Hospitalsenheden Vest er i færd med at etablere et tilbud til bariatriske gravide patienter med fokus på kost og motion. Praktiserende læger skal henvise den gravide bariatriske kvinde til tilbudet. Der arbejdes med sammenhæng i forløb således, at kommunernes sundhedsplejersker kan inddrages, når kvinden har født. Tilbudet vil blive placeret i e-Dok således, at alle samarbejdspartnere får sammen viden om tilbudet.

Der er for nuværende etableret livsstilscafeer på hospitalerne i Holstebro, Herning og Ringkøbing. Cafeerne er et tilbud til patienter som har brug for at ændre deres livsstil. Tilbuddet omfatter hjælp til rygestop og ændring af kost- og motionsvanerne. Patienterne henvises til cafeernes tilbud af praktiserende læger og hospitalsafdelinger.

Hospitalsenheden Vest' øvrige patientrettede forebyggelsestilbud kan ses i bilag 5.5. Patienterne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene på Hospitalsenheden Vest.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Hospitalsenheden Vest tilbyder rygeafvænningsstilbud ved:

1. Hjerter- og lungerehabiliteringsforløb

Kontakt hjerterområdet:

Regionshospitalet Herning, afsnit B5, tlf.: 9927 2005, afsnit B1, tlf.: 9927 2050

Regionshospitalet Holstebro, afsnit M4, tlf.: 9912 5740, Hjertemedicinsk dagafsnit, tlf.: 99102 5745

Kontakt lungeområdet:

Regionshospitalet Herning, afsnit B3, tlf.: 9927 2003

Regionshospitalet Holstebro, afsnit M3, tlf.: 9912 5730

2. Henviser til tilbud om rygestop i Livsstilscafeen

<http://www.ringamt.dk/su/Haandboeger/InUdHaand.nsf/StartFrame/Nr1?OpenDocument>

3. Oplyser om kommunale tilbud se:

<http://www.ringamt.dk/su/Haandboeger/InUdHaand.nsf/StartFrame/Nr1?OpenDocument>

Rygeafvænningsstilbud i Hospitalsenheden Vest: Se bilag 5.6.

Patienterne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene på Hospitalsenheden Vest.

1.3.2 Indsatsområde: Borgere med kroniske lidelser

Projektet Lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske lidelser har til hensigt at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og være aktiv medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regionalt regi.

Ved læring og mestring undervises kronisk syge og deres pårørende af en erfaren patient sammen med en fagperson (læge, sygeplejerske eller anden med sundhedsfaglig baggrund) i hospitalsregi.

De centrale principper er uddannelse af kronisk syge samt kompetenceudvikling af undervisere. Der vil blive tilbudt lærings- og mestringsforløb i kommunalt regi indenfor: Undervisning af mennesker med kroniske lidelser diagnosespecifikt indenfor diabetes, lunge og hjerteforløb, samt Undervisning af mennesker med kroniske lidelser på tværs af diagnoser. I relation til den diagnosespecifikke uddannelse er der mulighed for, at kommunerne kan gå sammen om at tilbyde undervisningsforløb.

På Hospitalsenheden Vest vil lærings- og mestringskonceptet blive integreret i uddannelsesforløb indenfor diabetes og KOL samt eventuelt hjertehold. Økonomisk lægges op til fordeling af udgifterne således, at Region Midtjylland dækker udgifterne til Center for Folkesundhed, udgiften til de praktiserende læger og Hospitalsenheden Vest, mens kommunerne hver især betaler deres egne udgifter.

Projektet er inde i udviklingsfasen, hvor der arbejdes med kompetenceudvikling af fagpersoner og erfarne patienter, og der afholdes "prøveuddannelser i kommunerne. Fra 1. september 2008 overgår projektet til gennemførelsesfasen, og der etableres uddannelser i alle kommuner. I Hospitalsenheden Vest indarbejdes konceptet i de eksisterende uddannelser til mennesker med hjertesygdomme, mennesker med diabetes II og mennesker med lungesygdomme. Gennemførelsesfasen strækker sig til 1.marts 2010, hvor efteruddannelserne

gerne skulle være implementeret i kommuner og hospitaler. Deltagernes udbytte af uddannelserne evalueres løbende og et år efter, at deltagerne har været på uddannelse.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

I Vestklyngen er der nedsat en KOL-implementeringsgruppe, hvor hver sektor – hospital, kommune og praktiserende læge beskriver deres opgaver med udgangspunkt i KOL-forløbsprogrammet fra tidligere Vejle Amt, Sundhedsstyrelsens generiske forløbeprogram samt kronikermodellen. Arbejdet vil blive afstemt efter Region Midtjyllands Styregruppes KOL-forløbsprogram. Der er planlagt fælles skolebænk for alle 3 sektorer. Læringsmestringskonceptet er tænkt ind i patientskoleforløbene.

I Hospitalsenheden Vest holdes KOL- rehabiliteringsforløb for patienter, der har været indlagt med svær KOL:

KOL- rehabilitering, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Herning og Holstebro

KOL-rehabilitering	Formål og indhold	Målgruppe	Visitering	Kontakt
Sygdomsspecifik patientundervisning	Rehabilitering og forbedring af livskvalitet.	Patienter med KOL og pårørende.	Visiteres via hospitalsafsnit under indlæggelse eller via ambulatoriet.	Herning: Afsnit B3, Tlf.: 9927 2003 Holstebro: Afsnit M3 Tlf.: 9912 5730

Kilde: <http://www.ringamt.dk/su/Haandboeger/InUdHaand.nsf/StartFrame/Nr1>

Der afvikles løbende skoler mhp. at minimere patienternes ventetid. Ressourcer hertil er inkluderet i driften. Patientskoleforløbet afvikles på Regionshospitalet Herning eller Holstebro. Tilbudet kan ses på e-Dok:

<http://www.ringamt.dk/su/Haandboeger/InUdHaand.nsf/StartFrame/Nr1>.

Patienterne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene på Hospitalsenheden Vest.

Krav 2

2.1 Det løbende samarbejde

Samarbejdet i Vestklyngen beskrives i krav 6.

2.2 Tilgængelighed af information

Siden oktober 2007 har der været etableret e-Dok – elektroniske dokumenter vedr. Sundhedsaftalerne i Vestklyngen således, at samarbejdspartnerne har samme fælles platform at arbejde ud fra. Sundhedsaftalerne er på denne måde gjort anvendelige i praksis – i det led, hvor fagperson møder patient eller kollega. Kan ses på: www.ringamt.dk/sundhedsaftaler

Krav 4

4.1 Screening af patienter og borgere

Muligheder for screening af livsstilsfaktorer på tværs af sektorer drøftes som et fælles udviklingsområde i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

4.4 Videndeling mellem sektorerne

Hospitalsenheden Vest og kommunerne i Vestklyngen har i fællesskab tilrettelagt Fælles skolebænk vedrørende KOL forløbsprogram for personale i kommune, Hospital og praksissektor.

4.5 Metodeudvikling

Lærings- og mestringskonceptet er beskrevet i afsnit 1.3.2.

Krav 6

Se krav 3 i indlæggelsesaftalen

6.1 Opfølgning på sundhedsaftalerne

Opfølgning vedr. sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet kan foregå via samarbejdsgruppen: Sundhedsfremme og forebyggelse, Faglig Følgegruppe, Styregruppen eller via Gør et godt samarbejde bedre... Vedlagt er kommissorium for og oversigt over medlemmerne af Samarbejdsgruppen: Sundhedsfremme og forebyggelse (bilag 5.7).

På de halvårlige klyngemøder er der følgende faste dagsordenspunkter:

- Centrale nøgletal
- Koordination og kommunikation partnerne imellem. Orientering om og diskussion af lokale tidsbegrænsede ændringer i kapaciteten, der har indflydelse på de andre parter daglige arbejde. Der aftales, hvorledes partnerne kan tilpasse sig den aktuelle situation.
- Sundhedsfremme- og forebyggelse – herunder den patientrettede forebyggelse. Opfølgning af de tiltag samarbejdspartnerne har sat i gang sammen. Eks. indenfor kronikerforløb og læringsmestringskonceptet.

Herning Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Herning Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Vestklyngen, der består af: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune, Hospitalsenheden Vest og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Herning Kommune er med i forsøg med MedCom. Kommunen er teknisk i stand til at kommunikere med alle MedCom standarderne, men de skal først testkøres i forhold til Regionen. Herning kommune er altså klar til at kommunikere med MedCom så snart hospitalet er klart – dvs. oktober 2008 - og under forudsætning af, at der har været tid til at gennemføre organisatoriske testkørsler af systemet.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Særligt for Herning Kommune aftales, at advis kan modtages fra oktober 2008, såfremt der har været en succesfuld testkørsel af systemet i forhold til Hospitalsenhed Vest.

Krav 2

2.2 Kommunale tiltag, der kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser

Beskrivelse af Herning Kommunes indsatser i forhold til at forebygge indlæggelser generelt:

- Tilstrækkelig kapacitet (viden og kompetencer) i hjemmesygeplejen/ døgnvagten med specialuddannede kommunale nøglepersoner (demenskonsulenter, palliations-sygeplejersker, diabetessygeplejersker, cancer-sygeplejersker, sårsygeplejersker, viden og ressourcer omkring inkontinens, terminalsygepleje og stomisygeplejersker).
- Aflastningsstuer – planlagte (og akutte) på plejehjemmene.
- Vagtberedskab i form af døgnpleje – dog ingen ikke-planlagte udskrivelser til døgnplejen.
- Vidensformidling til praktiserende læger/vagtlæger om kommunernes alternative tilbud. Hjemmesygeplejerskerne er i telefonisk kontakt med lægerne. E-Dok anvendes som manual i forhold til kontakten.
- Kommunal ansat praksiskonsulent – Herning Kommune har ansat to praksiskonsulenter.
- Akut støtte- og aflastningsmuligheder i hjemmet til pårørende, der varetager pasning og pleje af den syge/svage. Herning Kommune kan tilbyde planlagte aflastningsophold. Tillige har kommunen tilbud om hjemmesygeplejerske i hjemmet i form af frivillige demensaflastere i hjemmet. Dette er et samarbejde mellem demenskoordinatoren og de frivillige organisationer. Indsats kan koordineres via hjemmesygeplejersken og omfatter udelukkende planlagte forløb.
- Patientundervisningstilbud i styrkelse af borgerens/patientens mulighed for egenomsorg/bedre mestring m.m. af sin sygdom/tilstand, så behovet/risikoen for

(gen)indlæggelser reduceres. Det kan være udvalgte patientgrupper og/eller personer. Herning Kommune har på dette område: hjemme-sygeplejerskefunktion, sygeplejeklinikfunktion samt demens-undervisningstilbud ved demenskonsulent.

- Anvendelse af nye teknologiske muligheder til f.eks. observation i hjemmet. I Herning Kommune anvendes personlige alarmsystemer i form af demensbrikker, sengealarmer og ringemåtter. Tillige anvendes personligt pejlingssystem i form af GPS. Området koordineres og følges af kommunens demenskonsulent, som foretager indberetning af magtanvendelse til Kommunalbestyrelsen.*

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Visitationen er kontaktperson i Herning Kommune. Oversigt over kommunens kontaktoplysninger fremgår af bilag 2.5

Krav 3

3.2 Tiltag i kommunerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Herning Kommunes tilbud i forbindelse med udskrivning generelt:

*Den kommunale hjemmepleje:
Beredskab i forhold til visitation*

*Eget hjem:
Støtte til pårørende*

Specialsygepleje

Udover de ovennævnte har Herning Kommune et ønske om på et tidspunkt at råde over sygeplejefagligt personale med en række specialer, bl.a. nøglepersoner med speciale i geriatri, i hygiejne, i fald og knogleskørhed, i hjerte-kar-relaterede sygdomme, i misbrug og misbrugsrelaterede sygdomme, i ilt-terapi, i dialyse og i akuthjemmesygepleje.

Vagtberedskab med mulighed for fast vagt. Herning Kommune har et ønske om på sigt at etablere et mobilteam til akut sygepleje og pleje i hjemmet, herunder fast vagt til specielt belastede situationer.

Kommunale institutioner:

- Aflastningspladser. Udover den ovenfor beskrevne har Herning Kommune et ønske om at etablere akutte aflastningsstuer samt at udvide samarbejdet med de frivillige organisationer til aflastning i den syges / svages hjem.*
- Korttidspladser*
- Plejeboliger*

Sygeplejeklinikker

Vidensformidling til praktiserende læger / vagtlæger om kommunens alternative tilbud. Udover det allerede beskrevne ovenfor har Herning Kommune ønske om på sigt at udvikle hjemmeside, informationsmateriale i form af pjece (papirformat og elektronisk), infojournaler

samt infosider i aviser samt kontaktpersoner i form af visitator, hjemmesygeplejersker og sygeplejeklinikker. Derudover har Herning Kommune ansat to praksiskonsulenter.

Patientundervisning – udover det ovenfor beskrevne har Herning Kommune et ønske om at kunne tilbyde udvalgte grupper / personer opfølgende samtaler og handleplans-planlægning ved nøglepersoner. Tillige har man et ønske om at etablere fælles skolebænk for patienter og pårørende, sygehuspersonale, kommunale omsorgsudøvere etc., at samarbejde med patientforeningernes ressourcepersoner samt at skabe netværksdannelser.

Anvendelse af nye teknologiske muligheder – som supplement til det ovennævnte finder Herning Kommune, at der er behov for varetagelse af observation og vedligeholdelse af teknologisk udstyr ved special-uddannede fagpersoner. Ansvar på dette område skal afklares.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Herning Kommune overtog alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse pr. 1. januar 2007.

I Herning Kommune udføres almen genoptræning på kommunale træningscentre inkl. den kognitive træning. Såfremt det er mere relevant, udføres træning i borgerens eget hjem eller på borgerens arbejdsplads (ved kognitive problemer, i relation til arbejdet) som en del af en rehabiliteringsplan med fokus på tilbagevending til arbejdet.

1.4 Opgavefordeling

Det aftales, at Herning Kommune og Hospitalsenhed Vest indgår i en dialog om specialiseret ambulant genoptræning, og hvordan andelen af specialiseret ambulant genoptræning kan mindskes. Dialogen skal være ml. lokale fagpersoner i kommunen og på hospitalet.

Herning Kommune varetager som udgangspunkt selv børnetræning.

Herning kommune ønsker, at der er fokus på, at der skal være et så fuldstændigt som muligt match mellem de genoptræningsplaner, der faktureres for, og de genoptræningsplaner, som kommunen faktisk modtager.

1.5 Hjerneskedet

Hjerneskedekoordinator i Herning Kommune er Tove Jensen, Hjerneskerådgivningen, Center for Kommunikation.

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der udarbejdes kun en statusrapport med det formål at orientere om status på træning fra en instans til en anden, når træningen ikke forløber som forventet. Statusrapporten indeholder følgende patientdata: Cpr nr. navn, adresse, postnummer, by; Henvisningsdiagnose; Start- og slutdato for træning; konklusion af træningsforløb; dato for udfyldelse af statusrapport.

2.3 Elektronisk kommunikation

Herning Kommune er med i forsøg med MedCom. Kommunen er teknisk i stand til at kommunikere med alle MedCom standarderne, men de skal først testkøres i forhold til Regionen. Herning kommune er altså klar til at kommunikere med MedCom så snart hospitalet er klart – dvs. oktober 2008 - og under forudsætning af, at der har været tid til at gennemføre organisatoriske testkørsler af systemet.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Herning Kommunes mål er, at genoptræning er opstartet senest syv dage efter modtagelse af genoptræningsplan og i spidsperioder senest 14 dage efter.

Krav 5

5.5 Evaluering

Herning Kommune ønsker, at der evalueres på andelen af specialiserede genoptræningsforløb.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 1

1.2 Kommunernes ansvarsområder

Herning Kommune vil gerne påtage sig retten til at vurdere hvilke hjælpemidler, der skal udleveres til borgeren (serviceniveau).

1.4 Terminalpatienter

Hospitalsenheden Vest kan til terminale borgere med åben indlæggelse rekvirere hjælpemidler direkte på hjælpemiddeldepotet i Herning Kommune udenom visitation/distriktsterapeuter. Kontaktadressen fremgår af e-doc.

Herning Kommune uddeler som udgangspunkt ikke hjælpemidler til borgere, som har ophold på hospice.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2 Arbejdsdeling

Herning Kommune ønsker et forpligtende samarbejde mellem samarbejdspartnerne, i forhold til udvikling af tilbud i den kommunale sundhedssektor. Tilbudene kan rette sig mod indsatser via et kommunalt sundhedscenter, udvikling af spidskompetencer i sygeplejen osv. Særligt ønskes fokus på rehabiliteringsforløb rettet mod borgere med kroniske lidelser, i første omgang KOL, Hjertelidelser og diabetes Mellitus II. Dertil kan komme indsatser målrettet mod andre målgrupper som børn, socialt udsatte, sygedagpengemodtagere m.m.

1.2.3.1 Herning Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Herning Kommune har følgende patientrettede forebyggelsestilbud: Rehabiliteringstilbud til KOL patienter i regi af projekt Lærings- og Mestringsuddannelser.

KOL-rehabilitering - tilbud til borgere med KOL:

Rehabiliteringsteamet: Tlf.: 9628 4091 dagligt kl. 08.00 - 13.00

eller

Forebyggelseskonsulent: Rikke Gormsen, Tlf.: 9628 4082, Mail: sharg@herning.dk

Herning Kommune har udarbejdet et skriftligt materiale om tilbudene.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Herning Kommunes indsatsområder i forhold til KRAM-faktorerne fremgår af bilag 5.8. Herning Kommune har udarbejdet et skriftligt materiale om tilbudene.

(Kilde: <http://www.ringamt.dk/su/Haandboeger/InUdHaand.nsf/StartFrame/Nr1?OpenDocument>)

Overvægtige børn og MRSA udgør fælles fokusområder.

Rehabilitering af kræftpatienter udgør et fælles projekt.

1.3.5 Indsatsområde: Stress

Det forventes, at der i 2009 opstarter et projekt omkring stress med deltagelse af Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune. Projektet forberedes i 2008.

Holstebro Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Holstebro Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Vestklyngen, der består af: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune, Hospitalsenheden Vest og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Holstebro Kommune forventer at kunne kommunikere korrespondancemeddelelser med Region Midtjylland via MedCom standarden i kommunens omsorgssystem fra oktober 2008.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Særsomt for Holstebro Kommune aftales, at advis kan modtages fra oktober 2008.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Ved udskrivelse på hverdage 8:15 – 13:00 kontaktes Visitationsenheden Holstebro Kommune på tlf.nr.: 9611 4130.

Uden for dette tidsrum kontaktes hjemmesygeplejersken i det pågældende distrikt.

Distrikt Ulfborg: 2025 9422

Distrikt Sønderland Nord: 9611 4230

Distrikt Sønderland Syd: 9611 4219

Distrikt Parkvej: 9611 4372

Distrikt Vinderup: 5156 7212

Bilag 2.4 indeholder en oversigt over kommunens kontaktoplysninger.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Holstebro Kommune har hjemtaget de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan.

Holstebro Kommune har organiseret træningen således, at den som udgangspunkt foregår på kommunens rehabiliteringscenter. Rehabiliteringscentret er indrettet med 2 store træningslokaler (fysioterapier), der er veludstyret med div. træningsredskaber. Der forefindes endvidere et træningskøkken, samt mindre undersøgelsesrum med brikse og mindre lokaler til træning.

Der er også mulighed for, at træningen kan foregå i træningslokaler i Vinderup og Ulfborg, ligeledes ved ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Desuden er der varmtvandsbassin, hvor op til 8 personer kan træne på en gang, ligesom der er et træningskøkken.

Foruden træning på kommunens centre, tilbydes træning i borgernes eget hjem efter behov.

Der er ansat ergoterapeuter og fysioterapeuter til at varetage træningen, som kan foregå såvel individuelt som på hold.

Holstebro Kommune har ikke indgået aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter eller andre kommuner om varetagelse af den almene, ambulante genoptræning.

Tilbud	Telefon / mail / fax	Adresse
Alt, hvad der på genoptræningsplanen betegnes som almen genoptræning. Genoptræningen foregår individuelt eller på hold.	Tlf.: 9611 4800 Mail: rehabilitering@holstebro.dk	Rehabiliteringscentret Thorsvej 67 - 69 7500 Holstebro Herfra kan henvises til træningslokaler i Vinderup og Ulfborg
Børneområdet - herunder børn med udviklingsproblemer.	Ergoterapeut: Tlf.: 96114815 Mail: Rikke.Dyrmose@holstebro.dk Tlf.: 9611 4816 Mail: Ellen.Engedal@holstebro.dk Fysioterapeut Tlf.: 9611 4815 Mail: Anettte.Lumby.Rasmussen@holstebro.dk	Rehabiliteringscentret Thorsvej 67 - 69 7500 Holstebro Herfra kan henvises til træningslokaler i Vinderup og Ulfborg

1.4 Opgavefordeling

Holstebro Kommune tilslutter sig snitfladekataloget.

1.5 Hjerneskadeområdet

Holstebro Kommunes koordinator er fysioterapeut Eva Grue Nielsen, tlf. 9611 4819, Eva.Grue.Nielsen@Holstebro.dk og ergoterapeut Lene Moustsen, tlf. 9611 4810, Lene.Moustsen@Holstebro.dk

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der udarbejdes en statusrapport med det formål at orientere om status på træning fra en instans til en anden. Statusrapport udarbejdes for de forløb, der er komplicerede, ikke forløber som forventet, eller hvis borgeren/patienten stopper genoptræningsforløbet før forventet. Statusrapporten indeholder følgende patientdata: Cpr nr. navn, adresse, postnummer, by;

Henvisningsdiagnose; Start-og slutdato for træning; konklusion af træningsforløb; vurdering af behov for yderligere indsats f.eks. vedligeholdelsestræning; dato for udfyldelse af statusrapport.

2.3 Elektronisk kommunikation

Holstebro Kommune kan modtage elektroniske genoptræningsplaner via MedCom standarden fra oktober 2008.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Træningstilbuddet fremgår af hjemmesiden, hvor også det kommer til at fremgå, at der ingen ventetid er på genoptræningen. <http://www.holstebro.dk/>

Servicemål

At der inden 3 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplanen, sendes informationsbrev til borgeren.

At der efterfølgende foretages visitationssamtale efter aftale med borgeren.

At der under eller umiddelbart efter visitationssamtalen lægges handleplan for indsatsen sammen med borgeren.

At handleplanen derefter iværksættes.

At mindst 80 % af borgere, der modtager genoptræning, opnår de i fællesskab opstillede mål eller en forbedret funktionsevne.

At indsatsen dokumenteres i Holstebro Kommunes elektroniske journalsystem senest en måned efter genoptræningsforløbets afslutning.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Holstebro Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

- *Læring og Mestring. Se endv. beskrivelse i afsnit 1.3.2.1.*
- *Patient uddannelse "Lær at leve med kronisk sygdom" efter Stanfordprincippet. Målgruppe: Voksne med kronisk sygdomme, og pårørende til kronisk syge. Almen praksis kan anbefale tilbuddet til patienterne.*
- *Åben rådgivning, m.h.p. øget handlekompetence for alle borgere, i forhold til livstilsspørgsmål – KRAM faktorer, rettet imod hverdagslivet. <http://rkadbfao03/SU/Haandboeger/InUdHaand.nsf/StartFrame/Nr1>*

Rehabilitering:

- *Genoptræning, Lov om social service § 86, stk. 1, Individuel træning i eget hjem eller på center. Målgruppe: alle diagnosegrupper, tilbydes efter en konkret individuel vurdering i henhold til kommunens kvalitetsstandard.*
- *Vedligeholdelsestræning, Lov om social service § 86 stk. 2. Individuel træning i eget hjem eller på center. Holdtræning på center, bassintræning. Målgruppe: alle*

diagnosegrupper tilbydes efter en konkret individuel vurdering i henhold til kommunens kvalitetsstandard.

- *Genoptræning Sundhedslovens § 140, almen genoptræning. . Individuel træning i eget hjem eller på center. Holdtræning på center, bassintræning. Tilbydes i henhold til genoptræningsplan og efter konkret individuel vurdering i henhold til kommunens kvalitetsstandard.*
- *Børn: Vedligeholdelsestræning, hjælpemidler, boligændringer, råd og vejledning.*
- *Hjælpemidler og boligændringer og forflytninger*
- *Gruppevis Hold dig i gang træningstilbud for ældre borgere på dagcentrene - vedligeholde, øge eller undgå funktionsnedsættelse.*

Patienterne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene i Holstebro Kommune.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Rygning:

- *Afklarende samtaler individuelt eller i grupper, på sundhedscenter eller på apoteker som har indgået aftale med kommunen*
- *Rygestopkurser for grupper*
- *Særlige rygestoptilbud for unge, gravide og mødre.*
- *Tilbud om præoperativ rådgivning, herunder tilbud om hjælp til rygestop.*

Alkohol:

- *Anonym og gratis rådgivning*
- *Afklarings og motivationsforløb - individuelle og gruppe terapeutiske forløb for misbrugere*
- *Individuelle og gruppeterapeutiske forløb for voksne børn af misbrugere*
- *Døgnbehandling efter ansøgning*
- *Efterbehandlingsforløb*
- *Antabusudlevering*
- *Individuelle og gruppeterapeutiske forløb for familie par og børn*

Stofmisbrug:

- *Anonym og gratis rådgivning*
- *Afklarings og motivationsforløb - individuelle og gruppe terapeutiske forløb for misbrugere*
- *Ambulant behandling og efterbehandling*
- *Døgnbehandling efter ansøgning*
- *Tilbud til gravide misbrugere*
- *Tilbud unge og deres familier*

Patienterne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene i Holstebro Kommune.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Læring og Mestring:

- **Målgruppe:** Voksne kronisk syge og pårørende til kronisk syge. **Formål:** At give inspiration, viden og personlige redskaber til at tackle hverdagen med en kronisk sygdom.
- Tilbuddet kan oprettes diagnosespecifikt og på tværs af diagnoser. Almen praksis kan henvise til tilbuddet.
- Læringsforløbet gennemføres på sundhedscentret. Forløbet består af 8 moduler á 2½ times varighed og gennemføres over 8 uger.
- Tiltaget indgår i et projekt sammen med region, kommuner i Vestklyngen og almen praksis.

Patienterne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene i Holstebro Kommune.

KOL Projekt:

Holstebro Kommune og Region Midtjylland har indgået en aftale om at gennemføre et KOL projekt. I samarbejde med DSI udarbejdes der et projekt hvor kolkonsulenten (caremanagerfunktionen) er central, den øvrige indsats vedrører kommunens generelle KOL indsats. Projektet er forankret i sundhedscentret og forventes afsluttet medio 2009.

Målgruppe:

Alle borgere med KOL – let, moderat og svær grad.

KOL konsulentens hovedfunktioner

- At gennemføre indledende samtaler med borgere, der har let til moderat KOL
- At fungere som kommunens kontaktperson for almen praksis, regionale samarbejdspartnere og kommunalt ansat personale
- At fungere som udskrivningskoordinator i forbindelse med udskrivning af svært syge KOL patienter fra afsnit M2, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro
- At planlægge og koordinere kompetenceudvikling for kommunalt sundhedsfagligt personale, samt at fungere som sparringspartnere for disse nøglepersoner.

I projektet rettes endvidere fokus på :

- Tidlig opsporing
- Fleksibel hjemmehjælp i forhold til målgruppen

Tidlig inddragelse af arbejdsmarkedsafdelingen

Ikast-Brande Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Ikast-Brande Kommune og Region Midtjylland. Som følge af Ikast-Brande Kommunes geografiske placering knytter der sig en række udfordringer til det praktiske samarbejde om patientforløbene for borgere fra Ikast-Brande Kommune. Borgerne i Ikast-Brande Kommune betjenes således primært af Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Silkeborg samt hospitaler i Region Syddanmark. Alle hospitalerne er placeret udenfor Ikast-Brande Kommune. I forhold til indgåelse af sundhedsaftalen, er Ikast-Brande Kommune tilknyttet både Hospitalsenheden Vest og Regionshospitalet Horsens som kontakthospitaler. Beslutningen om at samarbejde med to kontakthospitaler ændrer dog ikke ved, at der fortsat skal samarbejdes med de øvrige hospitaler i området omkring "basisbetjening" af kommunens borgere både i akutte og elektive patientforløb. Borgere i Ikast-Brande Kommune kan vælge frit mellem regionens hospitaler indenfor rammerne af det frie sygehusvalg. I forhold til den generelle sundhedsaftale er der tilføjet særlige aftaler for samarbejdspartnerne omkring Hospitalsenheden Vest, dvs. Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune og praksis, samt for samarbejdspartnerne omkring Regionshospitalet Horsens, dvs. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og praksis.

Se klyngetekst for Horsensklyngen

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Kontaktperson i kommunen der opdaterer kontaktoplysninger:
Margit Andersen tlf. 9960 3103, Mail: maand@ikast-Brande.dk

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Ikast-Brande Kommune forventer, at snitfladen til MED-com er klar til 1/10-08 således, at kommunen kan modtage advis fra hospitalet.

Kommunen skal have opsat Care således, at besked fra hospitalet går direkte til de medarbejdere, der er involveret i borgeren (via cpr. nr.).

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

I forhold til arbejdsprocedure i forbindelse med elektronisk kommunikation afventer Ikast-Brande Kommune det udredningsarbejde af de forskellige It-standarder, der finder sted i regi af Region Midtjyllands arbejdsgruppen for it-kommunikation på sundhedsområdet.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

I forbindelse med udskrivning fra hospitalet kontaktes i Ikast-Brande Kommune en visitator, en hjemmesygeplejerske eller en trænende terapeut afhængig af den enkelte patients behov/situation. I bilag 2.6 er oversigt over kontaktnumre i Ikast-Brande Kommune.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Ikast-Brande Kommune overtog de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan, pr. 1. januar 2007.

Der er kontrakt med praktiserende fysioterapeuter vedr. akutte skadepatienter, ortopædkirurgiske patienter og rygpatienter, som ikke i forvejen modtager ydelser fra ældreområdet.

Genoptræning til øvrige patientgrupper varetages som udgangspunkt af kommunalt ansatte ergo- og fysioterapeuter, herunder også kognitiv træning. Der kan blandt disse patientgrupper være tilfælde, hvor der laves aftale med alternativ leverandør. Dette vurderes og aftales fra sag til sag.

Alle genoptræningsplaner skal sendes til leder af træningsområdet Birthe Fløe, Frisenborgparken 26, 7430 Ikast, tlf. 9960 3159, mail: biflo@ikast-brande.dk. Hun vurderer hvilke borgere, der skal trænes hos privatpraktiserende fysioterapeuter.

1.4 Opgavefordeling

Ikast-Brande Kommune planlægger ikke at afvige fra det regionale snitfladekatalog.

1.5 Hjerneskadetområdet

Hjerneskadekoordinator: Faglig konsulent Marianne Dalsgaard, tlf. 9960 3171, mail: madal@ikast-brande.dk

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der udarbejdes en statusrapport med det formål at orientere om status på træning fra en instans til en anden. Statusrapport udarbejdes for de forløb, der er komplicerede, ikke forløber som forventet, eller hvis borgeren/patienten stopper genoptræningsforløbet før forventet. Statusrapporten indeholder følgende patientdata: Cpr nr. navn, adresse, postnummer, by; Henvisningsdiagnose; Start-og slutdato for træning; konklusion af træningsforløb; vurdering af behov for yderligere indsats f.eks. vedligeholdelsestræning; dato for udfyldelse af statusrapport.

2.3 Elektronisk kommunikation

Kommunen forventer snitfladen til MED-com er klar til 1/10-08 således, at kommunen kan modtage genoptræningsplaner fra hospitalerne.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Kvalitetsstandard for Genoptræning efter midlertidig sygdom § 86 stk. 1 i

lov om social service

Målgruppe:

- *Personer over 18 år som har haft et pludseligt fysisk funktionsfald efter midlertidig sygdom f. eks. influenza eller fald, sammenfald i ryg, blodprop, lunge betændelse, attack af dissemineret sclerose.*
- *Borgere med pludselig fald i funktionsevne, hvor funktioner og færdigheder kan genvindes ved genoptræning.*

Borgere som kan selvtræne eller som kan få træningsbehovet tilgodeset via aften-skole, gymnastikforeninger, træningscenter er ikke berettiget.

Mål:

- *At der tilbydes vedligeholdelsestræning såvel individuelt som på hold.*
- *At første træning er aftalt senest 10 hverdage efter visitations rapporten er modtaget hos terapeuterne.*
- *At træningen er på begyndt senest 10 hverdage efter at aftalen er indgået.*
- *At 90 % af de borgere, der får bevilget træning, skal være tilfredse med ydelsen.*

Kvalitetsstandard for Vedligeholdelsestræning § 86 stk. 2 i lov om social service

Målgruppe:

Personer over 18 år, bosat i Ikast-Brande Kommune, som på grund af nedsat fysisk eller nedsat kognitiv funktions evne har behov for træning.

Flere af følgende kriterier skal være til stede:

- *Nedsat fysisk eller kognitiv funktionsevne som bevirker at borgeren ikke selv er i stand til, at fastholde det hidtidige funktionsniveau, eksempelvis ved at selvtræne.*
- *Der er problemer med at klare dagligdagens gøremål eks;*
 - *problemer med at klare personlig pleje.*
 - *nedsat evne til at klare ting i hjemmet, som personen tidligere har kunnet klare.*
 - *øget faldrisiko.*
 - *nedsat evne til at færdes udendørs og hermed øget isolation.*

Borgeren som kan få træningsbehovet tilgodeset via aftenskole, gymnastikforening eller lign. er ikke berettiget til ydelsen.

Borgere kan ikke på samme tid modtage vederlagsfri fysioterapi og kommunal vedligeholdelsestræning for en nedsat funktionsevne.

Træning for beboer på plejecentre med døgndækning er indeholdt i hjælpen derfra. Her er udarbejdet en individuel vurdering af træningsbehovet.

Mål:

- *At der tilbydes vedligeholdelsestræning såvel individuelt som på hold.*
- *At første træning er aftalt senest 10 hverdage efter visitations rapporten er modtaget hos terapeuterne.*
- *At træningen er på begyndt senest 10 hverdage efter at aftalen er indgået.*
- *At 90 % af de borgere, der får bevilget træning, skal være tilfredse med ydelsen.*

Kvalitetsstandard for Genoptræning efter udskrivning fra sygehus § 140 i Sundhedsloven

Målgruppe:

- *Borgere bosat i Ikast-Brande Kommune (alle aldersgrupper).*
- *Borgere fra andre kommuner jf. reglerne om frit valg af træningssted.*
- *Borgeren skal i forbindelse med udskrivning/afslutning på sygehuset eller skadestuen have fået en genoptræningsplan.*

En borger, som modtager genoptræning jf. genoptræningsplan, er ikke samtidig berettiget til vederlagsfri fysioterapi for samme lidelse.

Mål:

- *At der tilbydes genoptræning såvel individuelt som på hold.*
- *At borgeren er kontaktet af kommunen inden for 3 hverdage efter, at kommunen har modtaget borgerens genoptræningsplan (jf. eksisterende sundhedsaftaler med regionen).*
- *At træningen er påbegyndt hurtigst muligt (jf. påtegning i genoptræningsplanen) og senest 10 hverdage efter at træningsstedet har modtaget genoptræningsplanen.*

90 % af de borgere, der får bevilget træning, skal være tilfredse med ydelsen.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Ikast-Brande Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Kost:

Specielle diæter, madudbringning, skolemad samt vejledning.

Kontakt: Leder af køkkenenheden Randi Moshage, tlf. 99605490, mail: ramos@ikast-brande.dk

Alkohol og andet misbrug:

Anonym rådgivning, udrednings- og afklaringsforløb, behandlingsforløb, samtale og substitutionsbehandling.

Kontakt: Misbrugskoordinator Mette Christensen, tlf. 9960 3852, mobil 2090 5952, mail: metch@ikast-brande.dk.

Overvægtige børn:

Kontakt: Leder af Sundhedsplejen, Kirsten Kjær, tlf. 9960 5481, mail: kikja@ikast-brande.dk.

Tilbud til borgere med kronisk sygdom:

- *Patientuddannelse - Lær at leve med kronisk sygdom og Læring og mestring (underviser to erfarne patienter)*
- *Læring og mestringsuddannelse - for mennesker med kroniske lidelser (underviser en erfaren patient og en fagperson)*

For begge tilbud gælder, at det er for mennesker med forskellige kroniske lidelser.

Kontakt: Sundhedsstaben Margit Andersen, tlf. 9960 3103, mail maand@ikast-brande.dk.

Træning for særlige patientgrupper:

Kontakt: Leder af træningsområdet Birthe Fløe, tlf. 9960 3159, mail biflo@ikast-brande.dk

Borgerne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene i Ikast-Brande Kommune. Tilbuddene er endvidere beskrevet på kommunens hjemmeside www.ikast-brande.dk

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Rygning

Der tilbydes rygestopkurser i grupper og individuel rådgivning i samarbejde med de lokale apoteker.

Kontakt: Brande Apotek, tlf. 9718 0388, mail brande@apoteket.dk og Ikast Apotek, tlf. 9715 1633, mail ikast@apoteket.dk.

eller Sundhedsstaben, tlf. 9960 3103, mail maand@ikast-brande.dk.

Borgerne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene i Ikast-Brande Kommune. Tilbuddene er endvidere beskrevet på kommunens hjemmeside www.ikast-brande.dk

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Kontaktoplysning i Ikast-Brande Kommune i forhold til indsatser overfor borgere med kroniske lidelser:

Sundhedsstaben, tlf. 9960 3103, mail maand@ikast-brande.dk.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Kontaktoplysning i Ikast-Brande Kommune i forhold til svangre, børn og unge-området:

Sundhedsplejen, tlf. 9960 5490, mail litol@ikast-brande.dk.

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Kontaktoplysning i Ikast-Brande Kommune i forhold til social ulighed i sundhed:

Sundhedsstaben, tlf. 9960 3103, mail maand@ikast-brande.dk.

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Der udarbejdes pjecer på tilbud, annonceres i de lokale aviser og informationer ligger på kommunens hjemmeside www.ikast-brande.dk

Lemvig Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Lemvig Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Vestklyngen, der består af: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune, Hospitalsenheden Vest og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Lemvig Kommune kan anvende avis fra oktober/november 2008.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Hospitalet aftaler udskrivning med Susanne Markussen, suma@lemvig.dk, 9663 1184. Oversigt over kommunens øvrige kontaktoplysninger fremgår af bilag 2.4.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Lemvig Kommune overtog de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan den 1. januar 2007.

Den almindelige ambulante genoptræning udføres i borgerens eget hjem eller hos privatpraktiserende fysioterapeuter afhængig af genoptræningsopgavens karakter. Der er indgået aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter om træning af skuldre, knæ, hofter og mere specifikke optræninger.

Lemvig Kommune arbejder på at overtage genoptræningen af ryg, skuldre og knæ.

Den kognitive træning udføres af relevant personale, primært i borgerens eget hjem. Ved behov konsulteres Center for Kommunikation, Hjerneskerådsgivningen.

1.5 Hjerneskerådsgivningen

Hjerneskerådeadministrator i Lemvig Kommune er: Ellen Margrethe Nielsen, ellen.margrethe.nielsen@lemvig.dk, 9663 1194.

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der udarbejdes en statusrapport med det formål at orientere om status på træning fra en instans til en anden. Statusrapport udarbejdes for de forløb, der er komplicerede, ikke forløber som forventet, eller hvis borgeren/patienten stopper genoptræningsforløbet før forventet. Statusrapporten indeholder følgende patientdata: Cpr nr. navn, adresse, postnummer, by; Henvisningsdiagnose; Start-og slutdato for træning; konklusion af træningsforløb; vurdering af behov for yderligere indsats f.eks. vedligeholdelsestræning; dato for udfyldelse af statusrapport.

2.3 Elektronisk kommunikation

Lemvig Kommune kan modtage elektroniske genoptræningsplaner senest primo 2009.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Lemvig Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Lemvig Kommune forventer at starte et patientuddannelsesforløb op i slutningen af september. Det bliver en lærings- og mestringsuddannelse til mennesker med kroniske lidelser. Det første forløb forventes at blive specifikt for KOL. patienter.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Lemvig Kommune har følgende indsatser i forhold til KRAM-faktorerne:

Overvægtige børn

Lemvig Kommune tilbyder de overvægtige træning og kostvejledning/vægtkontrol i Tangsøcentret. Orla Østerby er projektansvarlig, tlf. 9783 1530
Sundhedsplejerske Benedicte Saurbrey, tlf.: 9663 1302.

Specielle diæter/madordninger

Mad til pensionister og øvrige borgere, der ikke selv er i stand til at tilberede maden, visiteres af visitatorerne.

Tlf.: 9663 1169, mail: sundhed@lemvig.dk

Lemvig kommune tilbyder skolemad til mange af skolerne i kommunen. Køkkenet i Bækmarksbro, tlf.: 9664 5026

Rygning

Rygestopkurser for grupper. Apoteket i Lemvig opretter rygestopkurser efter behov. Lemvig Apotek, tlf.: 9782 0266.

Kommunen opretter rygestopkurser efter behov, kontakt Susanne Markussen, tlf. 9663 1184, se Røgfri Kommune.

Tilbud til unge

Vi tilbyder sundhedsfremmende samtaler med unge i 8-9 klasse. Det sundhedsbegreb, der her er basis for samtalerne, er bredere end rygning. Benedicte Saurbrey, tlf.:9663 1302.

Alkohol og andet misbrug

Anonym og gratis rådgivning, tirsdage kl. 11-13, tlf.: 9663 1244.

Afklarings- og motivationsforløb

Henvendelse til Servicebutikken for at aftale tid, tlf.: 9663 1200.

Individuelle, strukturerede samtaleforløb for misbrugere

Henvendelse til Servicebutikken for at aftale tid, tlf.: 9663 1200.

Individuelle, strukturerede forløb for pårørende

Henvendelse til Servicebutikken for at aftale tid, tlf.: 9663 1200.

Visitation til døgnbehandling, inkl. opfølgning

Ved henvendelse til alkohol- eller stofrådgivningen. Kan ske anonymt. Kommunen indkaldes, såfremt der skal bevilges økonomi til behandling ophold. Såfremt den pågældende borger er kendt i kommunen af misbrugsrådgivningen kan visitationen foregå ad denne vej. Folder kan rekvireres fra Borgerservice, tlf 9663 1200.

Efterbehandlingsforløb

Efterbehandling er mulig efter aftale med misbrugsrådgivningen tlf. 9663 1244.

Støtte- og kontaktpersonordning

Kontaktes via: Borgerservice, der formidler kontakt til SKP-medarbejder. Tlf.: 9663 1200.

En folder kan rekvireres via Borgerservice på: tlf.:9663 1200.

Andet misbrug fx stof/medicin

Følger samme regler.

Motion

Børn og unge

Der er ikke specielt målrettede aktiviteter, der involverer sundhedsplejen. Man kan kontakte Benedicte Saurbrey, tlf.: 9663 1302.

Ældre

Der er gymnastikhold på dagcentre for skrøbelige ældre. Mere information ved at henvende sig til de enkelte centre, tlf.: 9663 1219 (Pia Møller).

Borgerne informeres skriftligt og/eller mundtligt om tilbuddene i Lemvig Kommune.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Lemvig Kommune forventer at starte et patientuddannelsesforløb op i slutningen af september. Det bliver en lærings- og mestringsuddannelse til mennesker med kroniske lidelser. Det første forløb forventes at blive specifikt for KOL patienter.

1.3.5 Indsatsområde: Stress

Det forventes, at der i 2009 opstarter et projekt omkring stress med deltagelse af Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune. Projektet forberedes i 2008. Lemvig Kommune overvejer, om kommunen skal deltage i projektet.

1.3.6 Indsatsområde: MRSA

MRSA udgør et fælles fokusområde med henblik på afklaring af eventuelt samarbejde.

Ringkøbing-Skjern Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Vestklyngen, der består af: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune, Hospitalsenheden Vest og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Ringkøbing-Skjern Kommune kan anvende korrespondancemeddelelser og advis fra december 2008.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Oversigt over kommunens kontaktoplysninger fremgår af e-doc
<http://www.ringamt.dk/su/Haandboeger/InUdHaand.nsf/StartFrame/Nr1?OpenDocument>

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Ringkøbing-Skjern Kommune overtog alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver pr. 1. januar 2007.

I Ringkøbing-Skjern Kommune udføres almen genoptræning på kommunale træningscentre ved kommunalt ansatte ergo- og fysioterapeuter eller hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Træningen kan også foregå i eget hjem, eller eventuelt på arbejdspladsen, såfremt det er mere relevant.

Der forelægger kontrakt med de privatpraktiserende fysioterapeuter vedr. halvdelen af det konservativt behandlede rygpatienter, samt bækkenbunds- og nakkepatienter.

Kognitiv træning varetages af kommunens ergoterapeuter enten på træningscenter eller i hjemmet.

1.5 Hjerneskedet

Hjerneskedekoordinatorer i Ringkøbing-Skjern Kommune er:

Anny Bøndergaard

Rådgiver

Voksenhandicap og socialpsykiatri

Kirkevej 4 6960 Hvide Sande

Tlf. 9974 1293

Anny.bondergaard@rksk.dk

Gitte Ærø Nielsen

Rådgiver

Specialteam i Voksenhandicap og Socialpsykiatri

6950 Ringkøbing

Tlf. 9976 1764

gitte.ae.nielsen@rksk.dk

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der udarbejdes en statusrapport med det formål at orientere om status på træning fra en instans til en anden. Statusrapport udarbejdes for de forløb, der er komplicerede, ikke forløber som forventet, eller hvis borgeren/patienten stopper genoptræningsforløbet før forventet. Statusrapporten indeholder følgende patientdata: Cpr nr. navn, adresse, postnummer, by; Henvisningsdiagnose; Start-og slutdato for træning; konklusion af træningsforløb; vurdering af behov for yderligere indsats f.eks. vedligeholdelsestræning; dato for udfyldelse af statusrapport.

2.3 Elektronisk kommunikation

Ringkøbing-Skjern Kommune kan modtage elektroniske genoptræningsplaner til oktober 2008.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Patienten modtager et brev fra Ringkøbing-Skjern Kommune senest 3 hverdage efter, at kommunen har modtaget patientens genoptræningsplan. Herefter kontaktes patienten af en terapeut, som tilrettelægger genoptræningsforløbet i samarbejde med patienten.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Ringkøbing-Skjern Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Af patientrettede tilbud forefindes følgende:

- KOL forløb
- Diabetes forløb
- Lærings- og mestringsforløb i samarbejde med Regionen
- Kræftrehabilitering (indtil 2009) indeholder træning med ligestillede og vejledning af terapeut, og henvender sig til alle, som har eller har haft kræft, og som har brug for at komme til hæfterne igen.

Alle forløb beskrives og opdateres løbende på e-doc, hvor nærmere og opdateret information kan findes. I bilag 5.8 beskrives tilbudene nærmere.

Patienterne informeres skriftligt om tilbuddene i Ringkøbing-Skjern Kommune via pjecer og aviser.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Ringkøbing-Skjern Kommune har i forbindelse med arbejdet med kommunens sundhedspolitik udvalgt 5 indsatsområder: Kost, Motion, Rygning, Misbrug og Psykisk arbejdsmiljø.

Disse indsatsområder retter sig mod alle borgere i kommunen, herunder borgere med kroniske sygdomme.

Det aftales, at region og kommune gensidigt orienterer hinanden om arbejdet med indsatsområderne, herunder effekten af iværksatte projekter. Formålet er, at der sker en vidensdeling og erfaringsudveksling mellem region og kommune.

Kontaktperson: Susanne Rystok

• Rygning	
Individuelle samtaler	Sundhedscenter Vest Tlf.: 9974 1034 www.sundhedscenter-vest.dk
Rygestopkurser for grupper	Sundhedscenter Vest Tlf.: 9974 1034 www.sundhedscenter-vest.dk
Tilbud til unge	www.X-hale.dk - tilbud til unge der ønsker rygeophør. Vejledning gives over SMS eller pr. mail. Sundhedscenter Vest Tlf.: 9974 1034 www.sundhedscenter-vest.dk
Afklarende samtale	Sundhedscenter Vest tilbyder en samtale om rygestop, hvor det afklares, om man er motiveret for at holde op med at ryge. Sundhedscenter Vest Tlf.: 9974 1034 www.sundhedscenter-vest.dk

Patienterne informeres skriftligt om tilbuddene i Ringkøbing-Skjern Kommune via pjecer og aviser.

1.3.2 Indsatsområde: Borgere med kroniske lidelser

I Sundhedsaftalen mellem Ringkøbing-Skjern Kommune og Region Midtjylland er det aftalt, at der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende beskrivelse af et kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm med henblik på frembringelse af et beslutningsgrundlag.

Denne aftale blev fulgt op, da Hospitalsenheden Vest den 26. april 2007 orienterede Ringkøbing-Skjern Kommune om fremtidsplanerne for Regionshospitalet i Tarm. Arbejdsgruppen blev nedsat, og har udarbejdet et beslutningsgrundlag i forbindelse med oprettelse af et kronikercenter på Regionshospitalet i Tarm.

Kronikercentret udbygges i forlængelse af Sundhedscenter Vest, der er beliggende på Regionshospitalet i Tarm, og som er allerede langt fremme med etablering af tilbud til kronisk syge ud fra lærings- og mestringsprincipperne.

Både hospital, kommune og almen praksis har opgaver i forhold til borgere med kroniske sygdomme. Etablering af et kronikercenter, hvor kommunal og regional ekspertise arbejder sammen om opgaven i forhold til borgere med kronisk sygdom, vil give mulighed for en specialiseret enhed og en mere systematisk forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringsindsats.

Kronikercentret vil dermed give mulighed for at afprøve det at arbejde i et integreret sundhedsvæsen, hvor man forsøger at ophæve grænserne mellem de forskellige instanser i sundhedsvæsenet i en fælles indsats i forhold til borgeren/patienten.

Herudover ønsker centeret at oparbejde en viden og ekspertise, der vil være til gavn for de øvrige hospitaler og kommuner i Region Midtjylland. Således vil både region og kommune være på forkant med og kunne imødekomme det voksende forebyggelses- og behandlingsbehov for borgere med kronisk sygdom.

Kronikercentret vil blive bygget op primært omkring 2 ben: 1) en vidnecenterdel i samarbejde med Center for Folkesundhed som skal være et forum til generering af viden på baggrund af alment anerkendte metoder, og 2) lærings- og mestringsforløb, hvor borgeren anses som ekspert i eget liv.

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Der forelægger i Ringkøbing-Skjern Kommune et nyt puljeprojekt vedr. fokus på livsstilssygdomme i forhold til socialt udsatte børn, unge og voksne. Projektet påbegyndes i efteråret 2008.

1.3.5 Indsatsområde: Stress

Det forventes, at der i 2009 opstarter et projekt omkring stress med deltagelse af Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune. Projektet forberedes i 2008.

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Sundhedscenter Vest er opstået i forbindelse med kommunesammenlægningen af de fem kommuner Egvad, Skjern, Videbæk, Ringkøbing og Holmsland til Ringkøbing-Skjern Kommune. Sundhedscentret er et kommunalt netværkshus med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse. De primære funktioner er at sikre, at sundhedstilbuddene bevares tæt på borgerne i den nye storkommune. Sundhedscentret varetager en bred vifte af opgaver inden for sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning.

Fokus lægger på ansvaret for egen og fælles sundhed, og Sundhedscenter Vest inddrager derfor borgeren, virksomheden, forvaltningen og politikerne i et samarbejde.

Sundhedscentret ønsker at opnå:

- Tryghed gennem sundhedsydelser af høj kvalitet
- En bred vifte af sundhedsydelser i lokalområdet
- Sammenhæng og helhed i kontakten med sundhedssystemet
- En kompetent vejleder i sund levevis i alle livets faser
- En vækstplads for nytænkning og udvikling af sundhedsydelser af høj kvalitet.

Sundhedscenter Vest tilbyder bl.a.:

- Temaaftener om sundhedsrelevante emner
- Konsulentbistand ved udarbejdelse af sundhedspolitikker
- Temadage for ansatte i virksomheder eller institutioner

- *Læringsforløb for kronikere*
- *Rygestopkurser*

Kontaktperson: Leder Ulla Svendsen, tlf. 99 74 10 34.

Struer Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Struer Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Vestklyngen, der består af: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Struer Kommune, Hospitalsenheden Vest og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Struer Kommune kan modtage korrespondancemeddelelser og advis fra den 1. oktober 2008.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Oversigt over kommunens kontaktoplysninger fremgår af bilag 2.4.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Struer Kommune overtog alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse pr. 1. januar 2007.

- *Stolehold for pensionister fordelt flere steder i Struer Kommune*
- *Lungehold for brugere med KOL*
- *Balancehold*
- *Hold for brugere med hemiplegi*
- *Varmtvandsgymnastik (vanddybde max 90 cm)*
- *Bækkenbundshold*
- *Børneområdet - børn med behov for motorisk træning*

Almindelig ambulant genoptræning – inklusiv den kognitive træning - udføres på kommunale træningscentre og ældrecentre eller i eget hjem.

Struer Kommune har indgået aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter om al almindelig ambulant genoptræning af knæ.

1.4 Opgavefordeling

Struer Kommune ønsker selv at foretage hjemmebesøg med henblik på vurdering af indretning af patientens bolig.

1.5 Hjerneskedeområdet

Hjerneskedekoordinator er Helene Henriksen, tlf. 9684 8470, mobil 2344 6840, mail: heh@struer.dk

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der udarbejdes en statusrapport med det formål at orientere om status på træning fra en instans til en anden. Statusrapport udarbejdes for de forløb, der er komplicerede, ikke forløber som forventet, eller hvis borgeren/patienten stopper genoptræningsforløbet før forventet. Statusrapporten indeholder følgende patientdata: Cpr nr. navn, adresse, postnummer, by; Henvisningsdiagnose; Start-og slutdato for træning; konklusion af træningsforløb; vurdering af behov for yderligere indsats f.eks. vedligeholdelsestræning; dato for udfyldelse af statusrapport.

2.3 Elektronisk kommunikation

Struer Kommune kan pr. 1. oktober 2008 modtage elektroniske genoptræningsplaner.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Struer Kommunes kvalitetsstandard for ambulant genoptræning fremgår af bilag 3.12.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Struer Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Struer Kommune har følgende patientrettede forebyggelsestilbud:

Læringsmestringstilbud: KOL, hjerte, diabetes

SundhedscenterStruer

Kontaktperson:

Sundhedscenter Struer

Sundhedskonsulent Henriette Haase Fischer

hfh@struer.dk

Tlf. 9684 8465

www: SundhedscenterStruer

KOL-rehabiliteringsforløb:

Tilbud til borgere med KOL, åndenød og hoste. Består af individuelle samtaler, fysisk træning, rygestopkurser og gruppemøder (kostvejledning, information om KOL, medicin, vejtrækningsøvelser, angst, pårørende, netværk, erfaringsudveksling samt information om hjælpemidler).

Tilmelding nødvendig.

Kontakt Sundhedscenter Struer på tlf. 9684 8460
Kontaktperson: Sundhedskonsulent Henriette Haase Fischer
mail: [hfhf@struer.dk]

Andre uddannelses tilbud:

Sundhedsskole
Uddannelse af borgere med kroniske lidelser
Løbende træning for kronikergrupper:
KOL, Apopleksi, Incontinens, Osteoporose
Kontaktperson:
Sundhedscenter Struer
Sundhedskonsulent Henriette Haase Fischer
hfhf@struer.dk
Tlf. 9684 8465

Borgerne i Struer Kommune informeres om tilbudene via den lokale dagspresse og pjecer.

MRSA udgør et fælles fokusområde med henblik på afklaring af eventuelt samarbejde.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Struer Kommune har følgende indsatser i forhold til KRAM-faktorerne:

Kost

Overvægtige børn:

Livsstilslinjerne, Struerskolen
Tlf.: 9785 0822
Mail: post@struerskolen.dk
www.livsstilslinjerne.dk
Eller
Sundhedscenter Struer
Sundhedsfremme – og forebyggelseskonsulent Leila Boel
Tlf.: 9784 8466

Overvægtige voksne:

Livsstilslinjerne, Struerskolen
Tlf.: 9785 0822
Mail: post@struerskolen.dk
www.livsstilslinjerne.dk
Eller
Livsstilshøjskolen Gudum
Tlf.: 9788 8300
www.livsstilshøjskolen.dk
Eller
Sundhedscenter Struer
Sundhedskonsulent Henriette Haase Fischer
hfhf@struer.dk
Tlf.: 9784 8465

Rygning

Individuelle samtaler:

Henviser til Apoteket i Struer
Østergade 11
Tlf.: 9785 1052

Rygestopkurser for grupper:

Henviser til Apoteket i Struer
Østergade 11
Tlf.: 9785 1052

Andet:

Tobaksprojekt " Røgfri kommune" sammen med Lemvig, Holstebro og Skive kommuner år 2007 – 2008

www.roegfri.nu

Projektleder Rasmus Beltofte
Tlf.: 9784 8464/2344 6825

Struer Kommune indgår i et projekt om tobaksforebyggelse i fællesskab med Holstebro, Lemvig og Skive Kommuner. Der aftales en fokus på tobaksforebyggelse. Projektet udløber med udgangen af 2008.

Alkohol og andet misbrug

Struer kommune henviser sine borgere til Holstebro til:

Åben og anonym rådgivning

Nørregade, 7500 Holstebro
Tlf. 9611 4025

Alkoholbehandlingen

Danmarksgade 18, 7500 Holstebro
tlf. 9611 4030

Stofbehandlingen

Sønderlandsgade 8, 7500 Holstebro
Tlf. 9611 4060

Andet misbrug fx stof/medicin:

Stofbehandlingen
Sønderlandsgade 8, 7500 Holstebro
Tlf.: 9611 4060

Borgerne i Struer Kommune informeres om tilbudene via den lokale dagspresse og pjecer.

1.3.5 Indsatsområde: Stress

Det forventes, at der i 2009 opstarter et projekt omkring stress med deltagelse af Hospitalsenheden Vest, Herning Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune. Projektet forberedes i 2008.

Krav 5**5.2 Tilbuddenes tilgængelighed**

Borgerne i Struer Kommune informeres om kommunens tilbud via den lokale dagspresse og pjecer.

Randers klyngen

Randers klyngen består af: Randers Kommune, Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune og Syddjurs Kommune samt Regionshospitalet Randers og Grenaa og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Ved indlæggelse på Regionshospitalet Randers og Grenaa tildeles patienten en kontaktperson (bilag 1.8).

En arbejdsgruppe med IT- repræsentanter og fagprofessionelle fra kommuner, hospital og regionen er nedsat til at udvikle IT- kommunikationen mellem kommuner og hospitalet med advis og korrespondencemeddelelser med fokus på at forbedre udveksling af informationer indenfor 24 timer efter borgerens/patientens indlæggelse og udskrivelse.

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har åben indlæggelse

Åben Indlæggelse

Regionshospitalet Randers og Grenaa og kommunerne Favrskov, Randers, Syddjurs og Norddjurs har besluttet ikke at følge brugen af åbne indlæggelser som fast punkt på dagsordnen på klyngemøderne. Dette tages dog op efter behov.

Krav 3

3.2 Opfølgning fra lokalt niveau (klynger)

Opfølgning sikres gennem løbende dialog og møder.
Jf. beskrivelsen af Randers Klyngens underliggende struktur afsnit 3.2.1 nedenfor.

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur:

Samarbejdsstruktur

Parterne etablerer en samarbejdsstruktur i to niveauer: 1) Styregruppen og 2) ad-hoc grupper.

1: En styregruppe for hele klyngen på det strategiske niveau

Deltagere: Fra kommunal side deltager relevante direktører og områdechefer samt evt. koordinører. Hospitalet deltager med direktionen: hospitalsdirektør, cheflæge og chefsygeplejerske. Herudover deltager forskellige konsulenter. Praksis vil være repræsenteret ved den stedlige praksiskoordinator og/eller de kommunale praksiskonsulenter. Region

Midtjylland er repræsenteret ved en afdelingschef/kontorchef, en sundhedsfaglig konsulent og en fuldmægtig fra Regionalt Sundhedssamarbejde.

Formål:

- Sammenhæng mellem det sundhedsfaglige indhold mellem det regionale og kommunale tilbud
- Idéudveksling og udvikling
- Tilpasning og koordinering af kapacitet i såvel regionalt som kommunalt regi, herunder orientering om tiltag, der kan have indflydelse på efterspørgslen på tværs af sektorer.
- Afdækning af behov for tværkommunale eller tværsektorielle indsatser
- Indgåelse af nye aftaler om samarbejde
- Opfølgning på allerede indgåede aftaler

Der afholdes to årlige møder i styregruppen

Styregruppen er det øverste administrative organ i Randers klyngen.

2: Ad-Hoc grupper i regi af styregruppen. Styregruppen kan efter behov nedsætte faglige ad-hoc grupper til at arbejde med konkrete problemstillinger indenfor eks. genoptræning, kronikerområdet og hjælpemiddelområdet. Repræsentanterne i disse ad-hoc grupper vil være relevante fagpersoner fra hospitalet og kommunerne.

Ad-hoc grupperne har ikke beslutningskompetence, men kan alene komme med anbefalinger til styregruppen.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.2.4 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

I forhold til det daglige samarbejde vil samarbejdspartnerne bestræbe sig på, at samarbejdet forløber så effektivt og fleksibelt som muligt for at sikre borgerne en optimal og sammenhængende service, så det ikke i praksis bliver nødvendigt at anvende/håndhæve de aftalte varslingsfrister.

Udskrivningssamtaler

Kommunerne i sundhedsklyngen omkring Regionshospitalet Randers og Grenaa ønsker muligheden for at kunne blive inddraget i udskrivningssamtaler fra hospitalet i forhold til patienter med særlig komplicerede problemstillinger. Denne kommunikation kan på sigt muligvis komme til at foregå via Internet baserede kommunikationsværktøjer.

1.3.2 Basal kommunikation mellem parterne:

En arbejdsgruppe med IT- repræsentanter og fagprofessionelle fra kommuner, hospital og regionen er nedsat til at udvikle IT- kommunikationen mellem kommuner og hospitalet med

advis og korrespondencemeddelelser med fokus på at forbedre udveksling af informationer indenfor 24 timer efter borgerens/patientens indlæggelse og udskrivelse.

1.4.1 Medicin og udskriving

Hospitalet har nedsat en arbejdsgruppe, der med henblik på patientsikkerhed og samfundsøkonomi udarbejder procedure for håndtering af medicin til indlagte patienter, der er tilmeldt dosisdispensering. Arbejdsgruppens medlemmer: praksiskoordinatorer, repræsentanter fra apotek, kommune og hospital.

4.3 Evaluering af aftalens enkeltdele

(se 3.2.1 – samarbejdsstruktur - under indlæggelse).

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.4 Opgavefordeling

Der sendes orienteringsbrev til borgeren om genoptræning – jf. bilag 3.11

Krav 2

2.1 Genoptræningsplan

Der udveksles ikke slutstatus mellem Regionshospitalet Randers og Grenaa og Randers Kommune ved afslutning af borgerens genoptræningsforløb.

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Opfølgning ved tvivlsspørgsmål og uenigheder sker ved løbende dialog i klyngen. Jf. beskrivelsen af Randers Klyngens underliggende struktur afsnit 5.2 nedenfor.

Krav 5

5.2 Etablering af lokale styregrupper

(se 3.2.1 – samarbejdsstruktur - under indlæggelse).

5.5 Evaluering

Der udarbejdes årlige audits på genoptræningsplaner inddragende ventetid til genoptræning påbegyndes. Region Midtjylland tager initiativ til fælles auditskemaer for regionen.

Genoptræningsplaner:

Parterne er enige om løbende at evaluere de udsendte genoptræningsplaner for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

5.7 Vidensdeling sektorerne imellem

FÆLLES – SKOLEBÆNK - KOMPETENCEUDVIKLING

I gang:

- Accelererede forløb - Randers Kommune
- Undervisning lungesygdomme, lungesygeplejerske – alle kommuner

Under planlægning:

- Uddannelse af hygiejnenøglepersoner i kommunerne – september 2008
- Det gode indlæggelses- og udskrivningsforløb - samme koncept som tidligere
- Konference om evaluering af udskrivelseskoordinatorer – forår 2009
- Inkontinensklivnikker efterår 2008

Forslag:

- Forebyggelse af trykspor – fælles retningslinier, scoresystemer m.v.
- Forebyggelse af fald i hjemmet og på hospital
- Ernæringsindsats
 - underernæring hos ældre borgere/patienter
 - overvægt børn og unge
- Sygdomsspecifik kompetenceudvikling
 - patienter/borgere med hjerte/karsygdomme
 - patienter/borgere med sukkersyge
 - ortopædkirurgiske behandlinger
 - patienter med diabetes
 - patienter med hjertesygdomme
 - patienter med apopleksi
- Netværk rygestopinstruktører/rygestopnøglepersoner
- Fælles kommunikation – elektronisk kommunikation
- Genoptræningsplaner
- Hjælpemiddelkatalog/snitfladekatalog (terapeuter)
- Forståelse af etniske grupper

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 2

2.1 Det overordnede ansvar

Samarbejdets aftale om hjælpemidler

Kommunerne i klyngen og Regionshospitalet Randers har aftalt at udarbejde en samarbejdsaftale om fælles specialhjælpemidler til børn mv. Hjælpemiddelhuset Kronjylland i Randers Kommune varetager lagerfunktion, registrering mv. efter nærmere aftale ved ikrafttræden.

2.2 Daglig kapacitet

Hjælpemidler til varigt brug

Hjælpemidler til varigt brug: Når der fra hospitalet forelægges en faglig vurdering af, at der ved udskrivning af en patient er behov for et hjælpemiddel til varigt brug, har kommunerne i klyngen og Regionshospitalet Randers og Grenaa aftalt at udarbejde en model så kommunerne bevilger og leverer hjælpemidlet direkte til borgeren.

2.3 Ændringer i kapacitetsbehov

Ændring i kapacitetsbehov

Ændringer i kapacitetsbehov vedr. hjælpemidler hos kommunerne og hospitalet meddeles almindeligvis på de halvårslige klyngemøder.

Krav 5

5.1.2 Opfølgning i de lokale styregrupper

(se 3.2.1 – samarbejdsstruktur - under indlæggelse).

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.2. Regionshospitalet Randers og Grenaa patientrettede forebyggelsestilbud

Patientrettede forebyggelsestilbud på Regionshospitalet Randers og Grenaa. I oversigten indgår patientuddannelse, rehabilitering og genoptræning.

Screening og vejledning

- Screening af alle patienter ved indlæggelse for kost-, rygning-, alkohol- og motionsvaner (KRAM faktorerne)
- Forebyggelse af fald hos indlagte patienter

Sygdomsspecifikke tilbud

- Diabetesskole
- Gigtskole
- Hjertescole
- Lungeskole
- Tarmskole
- Tilbud til patienter med osteoporose
- Tilbud til brystopererede
- Tilbud til patienter, der får indsat nye led, præ- og postoperativt

Børn og unge

- Astmaskole for børn
- Tilbud til gravide, fødsel og efterfødsel
- Tilbud til sårbare gravide

Alle

- Motiverende samtale i forbindelse med rygestopindsats
- Tilbud forud for operation

Regionshospitalet Randers og Grenaa er i gang med at afdække og beskrive hospitalets patientrettede forebyggelsestilbud som vil blive formidlet i et katalog med udgangen af 2008.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Procedure for rygestopindsatsen

Regionshospitalet Randers og Grenaa og kommunerne Randers, Favrskov, Syddjurs og Norddjurs 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, hvor patienten ligeledes giver sit samtykke til, at navn, adresse og telefonnummer må videregives til kontaktpersonen i kommunen
- Kommunen kontakter herefter patienten indenfor 14 dage med et konkret kursustilbud

Ved samtale med patienten om rygestoptilbud udleverer hospitalet et visitkort med navne på kontaktpersoner i kommunerne samt en informationsfolder. Kommunerne er ansvarlige for produktion, trykning, distribution og opdatering.

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

Krav 2

2.1 Det løbende samarbejde

(se 3.2.1 – samarbejdsstruktur - under indlæggelse).

Patientrettede forebyggelsestilbud.

- i forbindelse med Sundheds- og Patientskolen afholdes styregruppemøder hver anden måned
- repræsentant fra Norddjurs Kommune og Sundheds- og Patientskolen samarbejder fortløbende og afholder møde hver måned
- årlig evaluering af det tværorganisatoriske samarbejde om Sundheds- og Patientskolen

Svangre, børn og unge.

- 1) Ledere af føde-, barsels-, børneafdeling og Patienthotel mødes med ledende sundhedsplejersker fra Favrskov, Randers Syddjurs og Norddjurs kommuner ca. x4 årligt
- 2) En arbejdsgruppe bestående af jordemoder, sygeplejersker og sundhedsplejersker fra ovennævnte steder udarbejder vejledningspraksis til forældre med nyfødte
- 3) To gange om året afholdes heldagsmøder hvor alle fra ovennævnte afdelinger deltager
- 4) I det kommunalt forankrede projekt "Norddjursmodellen" for overvægtige børn og unge sidder der repræsentanter fra regionen, Center for Folkesundhed og almen praksis.

2.2 Tilgængelighed af information

Sundhedsklyngen er enig om, at ville afvente udredning i IT-temagruppen vedr. fremtidigt fælles elektronisk værktøj, der skal benyttes til kommunikation mellem hospitalet, almen praksis og kommunerne.

Indtil en nærmere afklaring foreligger indsamler og synliggør Region Midtjylland sundhedsfremme og forebyggelsestilbud fra Regionshospitalet Randers og Favrskov, Syddjurs, Norddjurs og Randers kommuner på regionens hjemmeside. Favrskov, Syddjurs, Norddjurs og Randers kommuner fremsender beskrivelser af tilbud med udgangspunkt i skabelon som bilag 5.4 – indsæt link

Krav 4

4.4 Videndeling mellem sektorerne

Kombinationsstillinger:

Parterne er indstillede på at undersøge muligheden for at etablere kombinationsstillinger, hvor ansatte fra hospitalet eller fra kommunerne over en længere periode kan være halv tid hos den anden part. Det vil give et stort potentiale for vidensdeling mellem sektorerne.

FÆLLES – SKOLEBÆNK - KOMPETENCEUDVIKLING

I gang:

- Accelererede forløb - Randers Kommune
- Undervisning lungesygdomme, lungesygeplejerske – alle kommuner

Under planlægning:

- Uddannelse af hygiejnenøglepersoner i kommunerne – september 2008 (bilag 5.5)
- Det gode indlæggelses- og udskrivningsforløb - samme koncept som tidligere
- Konference om evaluering af udskrivelseskoordinatorer – forår 2009
- Inkontinensklinikker efterår 2008

Forslag:

- Forebyggelse af trykspor – fælles retningslinier, scoresystemer m.v.
- Forebyggelse af fald i hjemmet og på hospital
- Ernæringsindsats
 - underernæring hos ældre borgere/patienter
 - overvægt børn og unge
- Sygdomsspecifik kompetenceudvikling
 - patienter/borgere med hjerte/karsygdomme
 - patienter/borgere med sukkersyge
 - ortopædkirurgiske behandlinger
 - patienter med diabetes
 - patienter med hjertesygdomme
 - patienter med apopleksi
- Netværk rygestopinstruktører/rygestopnøglepersoner
- Fælles kommunikation – elektronisk kommunikation
- Genoptræningsplaner
- Hjælpemiddelkatalog/snitfladekatalog (terapeuter)
- Forståelse af etniske grupper

4.5 Metodeudvikling

Fælles skolebænk - jf. afsnit 4.4 ovenover, hvor Fælles skolebænk er beskrevet.

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Skriftlige vejledninger og pjecer er tilgængelig på relevante steder.

Randers Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Randers Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Randers klyngen, der består af: Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs kommuner og Regionshospitalet Randers og Grenaa samt praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Regionalt Sundhedssamarbejde står for opdatering af listen.

Sundhed og ældreafdelingen i Randers Kommune sender ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Kvalitet og forskningsafdelingen på Regionshospitalet Randers og Grenaa indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter samt foranstaltninger der kan forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Randers Kommune forventer at være klar til at modtage korrespondancemeddelelser via MedCom senest 1/1 2009.

Randers Kommune vil være klar til at modtage automatisk Advis senest 1/1 2009.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 3

3.2 Tiltag i kommunerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Udskrivningskoordinatorer

Randers Kommune har ansat udskrivningskoordinatorer mhb. på fremskudt visitaion. Udskrivningskoordinatorerne er fysisk placeret på Regionshospitalet Randers.

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Hospiceophold

Randers Kommune tilbyder hospiceophold til beboere, der er uhelbredeligt syge, og som ikke har mulighed for helbredende behandling. Der tilbydes individuel personlig omsorg og pleje. Egen læge er ansvarlig for medicinsk behandling. Der er samarbejde

med regionens hospitaler, præster, psykologer, socialrådgivere mv. Visitation til Hospice Randers sker via egen læge eller fra hospital.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Varetagelse af alm. ambulant genoptræning

Randers Kommune varetager den almindelige ambulante genoptræningsopgave på følgende måde: På Randers Kommunes Sundhedscenter og på 9 af kommunens områdecentre. Derudover har kommunen 2 døgngenoptræningsafdelinger og der er indgået aftaler med privatpraktiserende fysioterapeuter. Den kognitive genoptræning varetages af Randers Kommunes terapeuter, Odinskolen og talepædagoger ved regionen.

1.4 Opgavefordeling

Randers Kommune planlægger at overtage genoptræningen af benamputerede i begyndelsen af 2009. Randers Kommune har ønske om at overtage genoptræningen på gynækologisk/obstetrisk området, idet Randers Kommune besidder de nødvendige kompetencer.

1.5 Hjerneskadeområdet

Koordinator på hjerneskadeområdet

Randers Kommune ansætter en forløbskoordinator til senhjerneskadeområdet i slutningen af 2008, som fungerer som kommunens koordinator på hjerneskadeområdet.

Krav 2

2.3 Elektronisk kommunikation

Modtagelse af elektroniske genoptræningsplaner

Randers Kommune forventer at kunne modtage elektroniske genoptræningsplaner i begyndelsen af 2009.

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Søges afklaret ved direkte kontakt mellem overfysioterapeut og ledende ergoterapeuter på Regionshospitalet Randers og Grenaa og leder af Rehabiliteringsenheden i Randers Kommune. Hvis der ikke opnås enighed rejses tvivlsspørgsmål til direktørniveau på hospital og kommune, og i sidste ende rettes henvendelse til regionen.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Randers Kommunes generelle genoptræningstilbud

Randers Kommunes kvalitetsstandarder for genoptræning forefindes på Randers Kommunes hjemmeside (www.randers.dk – sundhed og sygdom – genoptræning).

3.3 Ventetid

Ventetid

Randers Kommune: Der er ikke ventetid idet der også er mulighed for genoptræning hos privatpraktiserende fysioterapeuter.

Aftale vedr. hjælpemidler

Krav 3

3.1.1 Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne

For Randers Kommune gælder at varslingen skal være sket inden kl.12 samme dag, som sygeplejeydelsen skal udføres.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Randers Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Randers Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud:

- Patientuddannelsen "lær at leve med kronisk sygdom" udbydes til alle kronikere. Der kræves ikke lægehenvielse, det er et åbent tilbud
- "Motivationsgrupper for diabetikere" i samarbejde med Diabetesforeningen
- Samarbejde med 11 patient- og pårørendeorganisationer omkring åben rådgivning i Sundhedscaféen

- Uddannelse af de frivillige rådgivere i samarbejde med komitéen for sundhedsoplysning og patientforeningerne
- Konference om at leve med en kronisk sygdom afholdes i efteråret i samarbejde med patientforeningerne
- Konference om depression i samarbejde med Psykiatrifonden
- Tilbud om afspænding og svømning til udsatte borgere.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Randers Kommune har følgende tilbud:

- Tilbud om rygestop til alle borgere, virksomheder og arbejdspladser. Dels af kommunens egne instruktører og dels af apotekets instruktører. Kurserne kan foregå i Sundhedscentret, på apotekerne eller ude i de enkelte virksomheder eller foreninger
- Tilbud om gratis sundhedsrådgivning til alle borgere individuelt eller i grupper
- Tilbud om Virksomhedskonsulenter, der tager ud til de enkelte arbejdspladser med fokus på "Den sunde arbejdsplads" KRAM faktorerne
- Sundhedscafé med åben sundhedsrådgivning til borgerne
- Familiecafé med sundhedsplejerskerne
- Åben seksualrådgivning med eller uden aftale
- "Condomeri" salg af kondomer, rådgivning om forebyggelse af seksuelt overførte sygdomme, prævention m.m.
- Tilbud om individuelle samtaler om kost og vægttab
- Koordinerende indsats omkring alkoholproblemer i samarbejde med SSP, Ungekontakten og Alkoholrådgivningen
- Sundhedsfremme tilbud til kontanthjælpsmodtagere – 12 ugers kursus
- Sundhedskaravane – det rullende Sundhedscenter til 5 byer udenfor Randers
- Oversigt over motionstilbud i Randers Kommune

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Randers Kommune:

Det forventes at rehabiliteringstilbuddet i 2009 vil omfatte:

- KOL-rehabilitering
- Hjerterehabilitering
- Rehabiliteringstilbud til borgere med dårlig ryg
- Rehabilitering af inkontinente borgere
- Rehabilitering af borgere med diabetes
- Kræftrehabiliteringsforløb
- Forløbskoordinator for kræftpatienter
- Forløbskoordinator til senhjerneskeadeområdet

Indenfor flere af rehabiliteringstilbuddene vil der blive oprettet pårørendegrupper.

Derudover tilbydes patientuddannelse i Randers Sundhedscenter.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

"Sund og sej"

Randers Kommune tilbyder forebyggelse af overvægt hos børn i 0 – 3. kl. i projektet "Sund og sej", som er et tilbud om fysisk aktivitet og sund kost. Desuden er der "Mobil Fitness", som er et tilbud til overvægtige børn i alderen 12 – 16 år. Randers Kommune har etableret en familiecafé med sundhedsplejen i Sundhedscentret.

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Randers Kommune arrangerer temadag om depression i samarbejde med Psykiatrifonden. Har etableret målrettede rygestoptilbud og tilbud om kostvejledning. Der gives tilbud om individuelle sundhedsprofiler, fysisk træning og afspænding som et 12 ugers kursus i samarbejde med Randers Fysioterapi.

Børn af sårbare familier

Projekt "Børn af sårbare familier" er et samarbejdsprojekt mellem Dansk Sundhedsinstitut, Randers Kommune og Regionshospitalet Randers. Hovedformålet er at udrede samarbejdet mellem almen praksis, kommune og hospital i forhold til børn, der indlægges med uspecifikke somatiske sygdomme. Ved et øget fokus på og en forbedring af den fælles indsats ønsker man at mindske antallet af indlæggelser for denne gruppe af børn.

I projektet foretages en begrebsafklaring af "sårbare familier", mhb. på at foretage en identifikation og dermed en kvantificering af antal, at udarbejde en karakteristik af "sårbare familier", hvor børn indlægges og at udarbejde en beskrivelse af det nuværende og fremtidige samarbejde om børn fra "sårbare familier".

Tilbud til sårbare gravide.

Videreudvikling af samarbejdet omkring de gravide, der har særligt behov for en koordineret indsats fra forskellige involverede faggrupper som praktiserende læge, jordemoder, obstetrisk afdeling, børneafdelingen, sundhedsplejerske og sociale myndigheder i kommunen.

Sygefravær og arbejdsfastholdelse

I Randers Kommune har jobcenter Randers særlig fokus på indsats om begrænsning af sygefravær og på arbejdsfastholdelse på følgende måde:

Der er nedsat et særligt team til visitation og kategorisering af sygemeldte, hvor der er telefonisk kontakt til alle sygemeldte allerede inden 4 uger i de tilfælde hvor det er muligt. Teamet visiterer sager til kategori 1, 2 og 3. Personer der visiteres til kategori 2 (risiko-sager) får en personlig samtale med en sagsbehandler og visiteres herefter umiddelbart til et særligt forløb hos Anden Aktør.

Disse målrettede opfølgingsforløb er følgende:

Arbejdsfastholdelsesforløb, for sygemeldte hvor perspektivet stadig er tilbagevenden til arbejdspladsen.

Opfølgningsforløb, for sygemeldte hvor perspektivet ikke længere er tilbagevenden til arbejdspladsen (afskedigede m.v.).

A-kasseforløb, for sygemeldte der er sygemeldt direkte fra en a-kasse

I disse opfølgningsforløb vil der som udgangspunkt være opfølgning hver uge. I sager hvor der er delvis raskmelding, vil denne opfølgning dog være tilrettelagt i passende intervaller i forhold til den delvise raskmelding.

Opfølgningsforløbene har en varighed af op til 12 uger, med mulighed for forlængelse. De sager, hvor der ikke sker raskmelding overgår til en sagsbehandler på jobcentret, der straks overvejer om der skal gives et målrettet tilbud iht. LAB-loven. Der arbejdes herefter med ressourceprofil efter arbejdsevnetoden.

De målrettede tilbud omfatter bl.a. følgende forløb:

Jobinspiration
Stresshåndtering
Smertetackling
Tværfaglig specialistindsats
Længevarende forrevalideringsforløb

Jobcenter Randers har indgået et samarbejde med MTC Care om en særlig indsats for de ældste sager.

Krav 2

2.1 Det løbende samarbejde

Der er aftalt følgende (*mellem Randers Kommune og Regionshospitalet Randers og Grenaa*):

- Arbejdsgruppe om "Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser"
- Samarbejde om inkontinensklinik
- Samarbejde om Sundhedsskole – et tilbud til kronisk syge
- Fast kontaktperson i kommunen og på regionshospitalet i forhold til samarbejde og udvikling af tilbud regionale og kommunale aktiviteter i Randers Sundhedscenter

Krav 4

4.4 Videndeling mellem sektorerne

Hjertepatienter

Der er nedsat arbejdsgruppe omkring tilbud til hjertepatienter med deltagelse fra regionshospitalet, Randers Kommunes sundhedscenter og hjerteforeningen.

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Information

Randers Kommunes hjemmeside og Randers Sundhedscenters hjemmeside. Diverse pjecer, annoncer, radiospot. Partnerskabsaftale mellem Randers Sundhedscenter og 11 patientforeninger.

Favrskov Kommune

Se afviget for Silkeborg klyngen

Norddjurs Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Norddjurs Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Randers klyngen, der består af: Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs kommuner og Regionshospitalet Randers og Grenaa samt praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Regionalt Sundhedssamarbejde står for opdatering af listen.

Sundhedsafdelingen i Norddjurs Kommune sender ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Kvalitet og forskningsafdelingen på Regionshospitalet Randers og Grenaa indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen):

Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter og foranstaltninger, der kan forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Korrespondancemeddelelse

Norddjurs Kommune har ikke p.t. etablering via MedCom. Herunder heller ikke i forhold til korrespondancemeddelelser. MedCom er under planlægning. Norddjurs Kommune forventer, at MedCom er i funktion på de fleste standarder primo 2009.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter samt foranstaltninger der kan forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Norddjurs Kommune har ikke p.t. etablering via MedCom. MedCom er under planlægning. Norddjurs Kommune forventer, at MedCom er i funktion på de fleste standarder primo 2009.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 3

3.2 Tiltag i kommunerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Udskrivningskoordinatorer

Norddjurs Kommune følger med interesse brugen af udskrivningskoordinatorer fra Randers Kommune på Regionshospitalet Randers og Grenaa

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Norrdjurs Kommune har ikke indgået aftale med privatpraktiserende terapeuter.

1.5 Hjerneskadeområdet

Hjerneskadekoordinator:
Sundhedsmedarbejder/
projektleder Dorthe Bligård, Sundhedsafdelingen.
Telefonnummer: 8959 3206 / e-mail: dorb@norrdjurs.dk

Krav 2

2.3 Elektronisk kommunikation

Norrdjurs kommune har ikke en endelig plan for den elektroniske kommunikation vedr. bl.a. genoptræningsplaner.

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Dialogen sker mellem repræsentanter fra Regionshospitalet Randers og Grenaa og Norrdjurs Kommunes teamledere.

Hvis der ikke opnås enighed rejses tvivlsspørgsmål til øverste ledelsesniveau.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Genoptræningstilbud:
Fremgår af Norrdjurs kommunes Kvalitetsstandard – Norrdjurs kommunes hjemmeside når den er politisk godkendt. (www.norrdjurs.dk)

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Norddjurs Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Norddjurs kommune samarbejder med Regionshospitalet Randers og Grenaa om Sundheds- og Patientskolen, som er et center for patientuddannelse. Der tilbydes livsstils- og sygdomsspecifik undervisning, rehabilitering og selvhjælpskurser på skolen i Grenaa og i Auning Idrætscenter.

Almen praksis kan henvise til Sundheds- og Patientskolen.

Desuden har Sundhedsafdelingen i Norddjurs Kommune ansat en praksiskonsulent.

Målgruppe: Patienter/borgere som er overvægtige, har hjertesygdom, lungesygdom, sukkersyge eller kræft. Målgruppen udvides med gigt- og muskelsygdomme samt knokleskørhed efteråret 2008. Der arbejdes med at udvide målgruppen.

Tilbud og omfang:

Sygdomsspecifik patientuddannelse:

- kræftrehabilitering: modul kræft og arbejde (1 time), kræft og følelser (4 timer), kræft og kost (1-2 timer), kræft og motion (15 timer), kræft og fysiske følger (2 timer), kræft og livet (2 timer).

Tværdiagnostisk patientuddannelse:

- kost (8-12 timers holdundervisning over 6 uger og én individuel vejledning afhængig af sygdom)
- motion niveau I eller II efter vurdering (14 timers holdundervisning over 7 uger)
- rygestop
- lær at leve med kronisk sygdom (15 timers holdundervisning over 6 uger)

Evaluerings:

Der foretages løbende procesevaluering af Sundheds- & Patientskolens tilbud (inkl. kursusanalyse og tilfredshedsundersøgelse), som afrapporteres kvartalsvis via projektets styregruppe. I samarbejde med Center for Folkesundhed i Region Midtjylland foretages en helheds-evaluering (proces- og effektevaluering herunder også evaluering af det tværorganisatoriske samarbejde) i projektets slutfase mhp. stillingtagen til evt. permanent drift. Som et led heri pilottester Sundheds- & Patientskolen et nyt evalueringsredskab (spørgeskema) i 2008.

Tilgængelighed af information:

Som et led i Sundheds- & Patientskolens kommunikationsstrategi er udviklet en hjemmeside, tilgængelig via Norddjurs Kommunes hjemmeside og Sundhed.dk. I fællesskab tages stilling til videreudvikling af hjemmesiden evt som et interaktivt site.

Ansvar for integration af tilbuddet: Pia Moldt, 89583201, pm@norddjurs.dk og Karin Valbæk, tlf.: 89102006, e-mail: kva@rc.aaa.dk
Kontaktoplysninger: Dorthe Bligård, 89593206, dorb@norddjurs.dk og Hanne Winterberg tlf.: 2165 9586, hpw@rc.aaa.dk

Etablering af Sundhedshus i Grenaa

Norddjurs Kommune, de praktiserende læger i Grenaa området og Region Midtjylland har igangsat undersøgelser af muligheden for etableringen af et nyt sundhedshus på Regionshospitalet Grenaa. Den fælles hensigtserklæring vedrørende et muligt kommende sundhedshus er vedlagt som bilag. (bilag 5.6)

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Der tilbydes gratis rygestopkurser:

- på Sundheds- og Patientskolen (10 timers holdundervisning over 6 uger)
- på Grenaa og Nimtofte apotek både individuelle (2 timer) og gruppeforløb (10 timer over 6 uger)
- lokalt i kommunen fx på virksomheder.

Ansvar: Pia Moldt, 89593201, pm@norddjurs.dk

Kontaktoplysninger: Malene Bach, 89593207, malb@norddjurs.dk

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

En arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommunen (sundhedsafdelingen, træningsområdet, det sociale område, arbejdsmarkedsområdet, plejeområdet, ernæringsområdet og hjælpemiddelområdet) og regionen (Sundheds- og Patientskolen) er i gang med at identificere, beskrive og udvikle tilbud til borgere med kroniske lidelser. Indsatsen koordineres med tilbud på Sundheds- og Patientskolen.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Sundhedsplejen er placeret i Børn og Ungeafdelingen. Ledende sundhedsplejerske er ansvarlig.

Gravide:

Der tilbydes hjemmebesøg.

0-årige:

Hjemmebesøg efter behov + mødregruppe. Åben kons./rådg. to steder i kommunen hver uge
Kostundervisning

1-6 årige: førstegangsførelse får 1½ års besøg, ved behov følges barnet indtil skolealderen

Skolebørn: undersøgelse af og samtale med alle børn i 0.-1.- 3.- 5. -6.- og 8 klasse. Dertil kommer samtaler/undersøgelser af børn med særlige behov.
Der er ikke ansat kommunallæge

Ansvar og kontaktoplysninger: Inge Amlund, tlf.:89593204, e-mail: inam@norddjurs.dk

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Gravide:

alle førstegangsgravide og de flergangsgravide, der tidligere har haft problemer med amning eller andet, tilbydes besøg af sundhedsplejerske i hjemmet før fødslen. Ved behov kan der aflægges flere besøg før fødslen.

0-6 årige: Alle familier med spædbørn får besøg straks efter fødslen. Antal af besøg er mellem 3-4 og 8 i gennemsnit, afhængig af behovet.

Et antal børn fortsætter med besøg, nogle til skolestart, i gennemsnit med fire besøg pr år.

Skolebørn:

Et antal børn får ekstra tilbud fra sundhedsplejersken. Udvælgelsen sker af forældre, lærere, sundhedsplejersken eller børnene selv.

Krav 2

2.2 Tilgængelighed af information

Sundhedsplejen har elektroniske journaler (Novax).

Fødselsanmeldelser sendes til os med fax få timer efter barnet er født.

Udskrivningsbreve på de børn der har været indlagt kommer med posten

Anden kommunikation sker gennem telefonen.

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Der arrangeres cafe´ møder, åbenthussarrangement, borgermøder og temakonferencer

- uddeling af foldere og pjecer om tilbud
- synliggørelse af tilbud på hjemmesider og sundhed.dk

Syddjurs Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Syddjurs Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Randers klyngen, der består af: Randers, Favrskov, Norddjurs og Syddjurs kommuner samt Regionshospitalet Randers og Grenaa og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Regionalt Sundhedssamarbejde står for opdatering af listen.

Sundhed og Socialafdelingen i Syddjurs Kommune sender ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

Kvalitet og forskningsafdelingen på Regionshospitalet Randers og Grenaa indberetter ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter samt foranstaltninger der kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Syddjurs Kommune har snitflade MedCom og Uniq Omsorg.

Syddjurs Kommune forventer at være klar til MedCom standarder (korrespondance) i perioden oktober 2008 – januar 2009.

Syddjurs Kommune vil være klar til at modtage automatisk Advis i perioden oktober 2008 – januar 2009.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Akutbil

Døgndækkende akutbil på Djursland bemannet med læge dag/aften med udgangspunkt i Grenaa. Fra 23 – 8 bemannet med sygeplejerske med relevant baggrund og med lægelig back-up fra Regionshospitalet Randers.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 3

3.2 Tiltag i kommunerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Udskrivningskoordinator

Syddjurs Kommune har til hensigt i foråret 2009 at etablere en udskrivningskoordinatorordning i samarbejde med Regionshospitalet Randers og Grenaa. Det er hensigten at en udskrivningskoordinator fra Syddjurs Kommunen en gang om ugen skal være at finde på Regionshospitalet Randers.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Varetagelse af alm. ambulant genoptræning

Syddjurs Kommune har ikke indgået aftaler med privatpraktiserende fysioterapeuter.

1.5 Hjerneskadeområdet

Koordinator på hjerneskadeområdet:

Karen Jensen, tlf.:21474051, e-mail: aakje@syddjurs.dk

Krav 2

2.3 Elektronisk kommunikation

Fra januar 2009 er Syddjurs Kommune klar til at modtage elektroniske genoptræningsplaner.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Syddjurs Kommune oplyser på egen hjemmeside om tilbud og ventetider om genoptræningstilbud – (syddjurs.dk).

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 2

2.1 Det overordnede ansvar

Syddjurs Kommune:
Alle hjælpemidler er udliciteret til Zealand care.

2.5 Opfølgning på kvaliteten af leveringstider og hjælpemidlernes funktion

Zealand care leverer tre gange ugentlig samt mulighed for akut levering.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Syddjurs Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

- Samarbejde med sundheds-og patientskolen i Grenaa

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

- Randers klyngens rygeafvænningstilbud
- Kræftrehabilitering i samarbejde med Norddjurs Kommune
- Sundhedscaféer
- "Projekt krop, mad og bevægelse" - tidlig indsats
- "lær at leve med kronisk sygdom."

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Livsstils cafeer

Syddjurs Kommune råder over "livsstils cafeer", der er placeret omkring i lokalområdet og tilpasset den lokalitet de er i (bibliotek og sportshal).

Sygedagpengeområdet

Der er et udviklingsperspektiv på sygedagpengeområdet, hvor smaspillet mellem arbejdsmarkedet, kommune og praktiserende læger er et oplagt sted at starte for at få flere ind på arbejdsmarkedet efter lange sygemeldinger. På basis af sundhedsprofilen kan der laves mønstre for de diagnoser, der især medfører langtidssygemeldinger.

Horsensklyngen

Horsensklyngen består af: Horsens Kommune, Hedensted Kommune, Odder Kommune og Ikast-Brande Kommune og Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder (HBO) samt praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.1.2 Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Hospitalet indfører og vedligeholder i de situationer, hvor kommunens oplysninger kun er gældende for Regionshospitalet HBO. I disse tilfælde sendes oplysningerne til kvalitetsafdelingen på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder. Regionen indfører og vedligeholder når kommunens oplysninger er gældende for flere hospitaler.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder anvender følgende MedCom standarder:

- Hospitalet sender automatisk indlæggelse og udskrivnings adviser
- Hospitalet modtager og sender elektroniske henvisninger.
- Hospitalet sender elektroniske epikriser.

Hospitalet kan sende og modtage MedCom korrespondance standard.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder har udgående funktioner på følgende områder: casemanager ifht. KOL, Geriatrik team og planlægger Casemanager ifht. terminale patienter

Krav 3

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur

Med henblik på at følge op på sundhedsaftalen er der etableret en lokal styregruppe mellem Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder og kommunerne Hedensted, Horsens, Ikast-Brande og Odder med følgende principper for sammensætningen:

- Kommunerne repræsenteres af social/sundhedsdirektør samt en repræsentant fra anden ledelsesniveau (eksempelvis myndighedschef eller ældrechef).
- Hospitalet repræsenteres af direktion samt en repræsentant fra afdelingsledelseskredsen.
- Regionen repræsenteres som hidtil (afdelingsledelse, Center for Folkesundhed, en sundhedsfaglig medarbejder og en AC`er)

- Hospitalets administration repræsenteres til varetagelse af koordinering og sekretariatsfunktion
- Almen praksis repræsenteres af Hospitalets praksiskoordinator.

Styregruppen mødes 2 gange årligt. Kommunerne, hospitalet og regionen har udarbejdet kommissorium for den lokale styregruppe (bilag – kommissorium for Styregruppen).

Desuden er der nedsat en faglig følgegruppe, der skal være det organ, der skal koordinere og sikre implementeringen, forankringen og videreudvikling af sundhedsaftalerne. Den faglige følgegruppe arbejder under Styregruppens mandat (bilag – kommissorium for Den faglige følgegruppe).

Styregruppen for sundhedsaftalerne i Horsens klyngen har besluttet at den faglige følgegruppe skal være et organ, der har beslutningskompetence, der har tæt forbindelse med praksis og der besidder kompetencer til at sikre operationalisering af sundhedsaftalerne samt at sikre det koordinerede og sammenhængende patientforløb.

Principperne for sammensætningen af Den faglige følgegruppe:

- Region, Hospital og kommuner er alle repræsenterede.
- Kommunerne repræsenteres af to ledere på strategisk niveau (eks ældrechef/myndighedschef).
- Hospitalet repræsenteres af afdelingsledelsesniveauet og (eks. ledende terapeut/oversygeplejerske).
- At der er delt formandskab mellem kommune og hospital – eventuelt en turnusordning mellem ledelsesrepræsentanterne.
- At regionen repræsenteres af en sundhedsfaglig medarbejder.
- At hospitalets administration repræsenteres af den sundhedsfaglige koordinator.
- At almen praksis er repræsenteret ved praksiskonsulentordningen (i kommune og på hospital)

Denne gruppe kan nedsætte ad hoc arbejdsgruppe til at arbejde med specifikke problemstillinger. På nuværende tidspunkt kører følgende ad hoc grupper: Træningsgruppen, forebyggelse og sundhedsfremme gruppen, arbejdsgruppe for revidering af programmet for hoftenære frakturer, KOL-gruppen samt gruppen, der arbejder med forebyggelse af akutte uheldsmæssige indlæggelser.

Hvis der opstår uoverensstemmelser i samarbejdet, løses de her og nu på lederniveau. Principielle problemstillinger løftes op i den lokale styregruppe.

Kommissorium for Styregruppen og Den faglige følgegruppe er vedlagt i bilag 1.8 og 1.9

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.2 Varslingsfrister i forbindelse med behov for personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje efter udskrivning

Kommunerne og hospitalet er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfrister.

Krav 3

3.3 Tiltag på hospitalerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Hospitalet har udgående funktioner på følgende områder: casemanager ifht. KOL, Geriatrisk team og planlægger Casemanager ifht. terminale patienter

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Den palliative indsats

I det tidligere Vejle Amt blev den palliative indsats til kommunerne omkring Regionshospitalet Horsens ydet fra det palliative team på Vejle Sygehus. Fra 1. januar 2007 fortsætter denne aftale, og den vil omfatte Hedensted Kommune, Horsens Kommune og dele af Ikast-Brande Kommune. I 2007 blev der politisk besluttet ved vedtagelsen af plan for den palliative indsats i Region Midtjylland at harmonisere det palliative tilbud, bl.a. de palliative teams. Det betyder bl.a. at der skal etableres et palliativ team ved Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder. Der skal i 2008 udarbejdes et forslag til etablering af teamet, som skal indgå i budgetbeslutningerne for 2009. Indtil da gælder den nuværende aftale. Fra den 1. januar 2010 forventes det, at det nye palliative team fra Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder kan betjene borgerne i Odder Kommune. Ind til videre vil Det palliative team på Århus Universitetshospital – Århus Sygehus fortsætte med at varetage den palliative indsats overfor borgere i Odder Kommune.

Odder Kommune råder over to kommunale palliative pladser.

Alvorligt syge og døende

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalerne Horsens – Brædstrup - Odder vil fortsætte samarbejdet om pleje og omsorg for alvorligt syge og døende i eget hjem ud fra den lokale aftale indtil der foreligger en fælles sundhedsaftale i regionen. Den eksisterende aftale er blevet revideret og vil inden for kort tid blive udsendt til de involverede parter. Det er aftalt med regionens planlægningsafdeling og de palliative teams at arbejdet med udarbejdelse af den fælles aftale påbegyndes i efteråret 2008. De relevante parter vil komme til at deltage i arbejdet.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der sendes som udgangspunkt ikke statusrapport til hospitalerne.

Hvis der er en særlig grund til at hospitalet ønsker en statusrapport skrives det under rubrik 4 (praktiske oplysninger).

Ligeledes kan kommunen sende statusrapport, hvis de vurderer der er særlige grunde til at informere hospitalet (eksempelvis ved udeblivelse fra genoptræningen).

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Hvis der opstår uoverensstemmelser i samarbejdet, løses de her og nu på lederniveau gennem initiativer fra de involverede medarbejdere.
Principielle problemstillingen løftes op i den lokale styregruppe.

Krav 5

5.2 Etablering af lokale styregrupper

(se under krav 3 i aftale vedr. indlæggelsesforløb)

Kommissorium til følgegruppen for træningsområdet i Horsens-klyngen i bilag 3.11

5.7 Vidensdeling sektorerne imellem

Horsens-klyngen vælger at anvende begrebet *Uddannelse på tværs* i stedet for *Fælles skolebænk*.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 5

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

(se under krav 3 i aftale vedr. indlæggelsesforløb)

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.2. Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder patientrettede forebyggelsestilbud

Alm. praksis er repræsenteret i ad hoc gruppen forebyggelse og sundhedsfremme i form af en kommunal praksiskonsulent og en regional praksiskonsulent. Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder øvrige patientrettede tilbud kan ses i bilag 5.5

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Rygestoprådgivning for patienter, pårørende og ansatte:

Flere oplysninger:

www.regionshospitalet Horsens.dk

http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1923?_ARTIKEL_ID_=2062051215141646&_ARTIKELGRUPPE_ID_=2062070423111041&contextfolderids=2062070423122415%2C2062070423122415

Kontakt: Koordinerende rygestopinstruktør, sygeplejerske Karen Stounberg Nielsen,
tlf. 79 27 49 91

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Kronikerområdet

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enige om at prioritere kronikerområdet højt. Dette sikres ved at videreføre de eksisterende programmer (KOL, apopleksi, diabetes, hoftenære frakturer og ernæring) fra Vejle Amt samt videreudvikle og udbrede dem.

Livsstilscentret i Brædstrup tilbyder hovedsagligt behandling til patienter med

- Hjerter-kar sygdomme
- Diabetes
- Svære overvægt/truende ledskader
- KOL, bronkitis og luftvejssygdomme
- Osteoporose
- Uønsket barnløshed i kombination med svær overvægt
- Samt til forældre med overvægtige børn

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune og Odder Kommune vil følge arbejdet med Livsstilscentret i Brædstrup i forhold til det kommunale samarbejde. Kommunerne og hospitalet følger arbejdet med organisering og udvikling af Livsstilscentrets tilbud.

MRSA-samarbejdet (methicillin resistente staphylococ aureus)

Aftalen om MRSA-samarbejdet ("MRSA-samarbejdet mellem primær og sekundær sektor i Vejle Amt") ønskes udbredt til hele klyngen og regionen på sigt.

Screening

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder screener patienterne for rygning, ernæring og fald. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og hospitalet er enige om, at kommunerne og hospitalet koordinerer screeningsindsatserne og udveksler screeningsresultaterne. Det aftales i klyngen, hvordan koordineringen og udvekslingen sikres, eksempelvis via en MedCom Standard.

På sigt vil klyngen også arbejde med andre risikoområder, eksempelvis alkohol.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

Kommunerne og hospitalet er endvidere enige om, at de nuværende aftaler om for tidligt født, udskrivning af nybagte mødre og ammepolitik videreføres og justeres i henhold til den nye lovgivning. Aftalerne er udarbejdet af fødeplanudvalget i Vejle Amt på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg.

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Svangreomsorg i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enige om, at opsporing af gravide misbrugere samt en særlig indsats overfor sårbare gravide er et fælles indsatsområde.

Krav 2

2.1 Det løbende samarbejde

(se under krav 3 i aftale vedr. indlæggelsesforløb)

Kommissorium for følgegruppen for forebyggelse og sundhedsfremme er vedlagt i bilag 5.6

Krav 4

4.4 Videndeling mellem sektorerne

Hvor det skønnes relevant og nødvendigt etableres der "UDDANNELSE PÅ TVÆRS" (eksempelvis undervisning, sidemandsoplæring, personaleudveksling på tværs af sektorer).

Horsens Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Horsens Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Horsens klyngen, der består af: Horsens, Hedensted, Odder og Ikast-Brande kommuner samt Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2 Hjemmeplejens opgaver

Horsens Kommune ønsker hurtigst muligt at anvende MedCom standard i forbindelse med korrespondance meddelelser mellem kommunen og hospitalerne. Et generelt anlægsstop forhindrer på nuværende tidspunkt Horsens Kommune i at anvende MedCom.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Horsens Kommune ønsker hurtigst muligt at anvende MedCom standarder. Et generelt anlægsstop forhindrer på nuværende tidspunkt Horsens Kommune i at anvende MedCom.

Odder, Hedensted, og Horsens kommuner ønsker at indgå i et samarbejde med Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder i forhold til at udarbejde en procesplan vedr. elektronisk kommunikation og effektive arbejdsgange.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

I forbindelse med udskrivning kontakt:

Sekretariatet:

Tlf.: 76292161 og e-mail: myndighed@horsens.dk

1.2 Varslingsfrister i forbindelse med behov for personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje efter udskrivning:

Horsens Kommune ønsker at lave en procesplan sammen med Hedensted og Odder Kommuner og Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder for It-kommunikation i klyngen.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

De enkelte distrikter i Horsens Kommune står selv for genoptræning. Der er ikke indgået aftaler med privatpraktiserende fysioterapeuter.

1.5 Hjerneskadeområdet

Hjerneskadekonsulent:

Bente Kierk Jørgensen
Tlf.: 76 25 43 20
e-mail: beki@horsens.dk

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der sendes som udgangspunkt ikke statusrapport til hospitalerne.
Hvis der er en særlig grund til at hospitalet ønsker en statusrapport skrives det under rubrik 4 (praktiske oplysninger)
Ligeledes kan kommunen sende statusrapport, hvis de vurderer der er særlige grunde til at informere hospitalet (eksempelvis ved udeblivelse fra genoptræningen).

2.3 Elektronisk kommunikation

Horsens Kommune ønsker hurtigst muligt at anvende MedCom standard ved udveksling af genoptræningsplaner. Et generelt anlægsstop forhindrer på nuværende tidspunkt Horsens Kommune i at anvende MedCom.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Horsens Kommunes genoptræningstilbud kan findes på kommunes hjemmeside:
www.horsenskom.dk

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 1

1.4 Terminalpatienter

Horsens Kommune tiltræder aftale om, at hjælpemidler til terminale patienter kan afvige fra normal procedure.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Horsens Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Horsens Kommune tilbyder rehabiliteringsforløb for borgere med Type II diabetes, Hjertekar-sygdomme og KOL.

Forløbet indeholder fysio-/ergoterapeutisk vejledning, kost- og ernæringsvejledning, medicinvejledning, rygestoptilbud og diverse sygeplejefaglige input samt fysisk træning.

Hensigten med tilbuddet er øget sygdomsforståelse samt mestring af eget liv. Kurserne har en varighed af ca. 8 uger og der er tale om holdundervisning med individuelle tilpasninger. Udover diagnoseopdelingen overvejes opdeling i forhold til ernæringsmæssig tilstand, da det har vist sig hensigtsmæssigt, særligt på KOL-området.

Kronikerforløbene er udarbejdet i tæt samarbejde med regionshospitalet Horsens og de praktiserende læger i Horsens, og udvikles løbende. Forløbene følger anbefalingerne fra KOL-programledelsen¹

Der er i 2008 besluttet udarbejdelse af et rehabiliteringstilbud til kræftpatienter. Tilbuddet vil have en anden karakter end for de 3 øvrige kronikergrupper, idet det vil være et tilbud med meget tidlig fokus på rehabilitering i forhold til at komme "tilbage til livet". Det betyder et tæt samarbejde med borgerens arbejdsgiver mhp. tidlig tilbagevenden til arbejdsmarkedet, på vilkår der modsvarer borgerens tilstand. Der vil endvidere være mindre fokus på sygdomsforståelse, og mere fokus på livsforståelse og mestring i kræft-rehabiliteringstilbuddet, end det er tilfældet med de 3 førnævnte kronikergrupper. Der vil være holdundervisning, hvor det findes relevant, men der vil også være individuel undervisning og vejledning.

¹ Vejle Amt 2006, søges implementeret i hele Region Midtjylland på sigt.

Hedensted Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Hedensted Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Horsens klyngen, der består af: Horsens, Hedensted, Odder og Ikast-Brande kommuner og Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.1.1 Ved planlagte og akutte indlæggelser:

På Senior Service anvendes MedCom allerede.

På rehabiliterings-området er Hedensted Kommune klar til at anvende MedCom.

Hedensted Kommune ønsker at anvende MedCom fuldt ud hurtigst muligt.

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen):

- Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter og foranstaltninger, der kan forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Hedensted Kommune, Senior Service afbestiller selv de kommunale serviceydelser, hvilket fungerer problemfrit. Hedensted Kommune vil gerne have oplysningerne på MedCom (advis).

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

- Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter samt foranstaltninger der kan forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser:

I dag anvender Hedensted Kommune følgende MedCom standarder:

- indlæggelses- og udskrivningsadviser.

Hedensted Kommune vil gerne i gang med de øvrige MedCom standarder.

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har åben indlæggelse

Hedensted Kommune indgår gerne i en dialog med Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder omkring muligheden for, at de åbne indlæggelser kan varetages i eget hjem med bistand fra kommunale medarbejdere. Hedensted Kommune kender ikke omfanget og ønsker dette nærmere belyst.

Hedensted Kommune ønsker yderligere information om mulig finansiering.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Hedensted Kommune indgår gerne i en dialog med Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder om muligheden for, at kommunen oplæres i at give IV medicin og væsketerapi og hermed undgå nogle uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Hedensted Kommune ønsker omfanget af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser belyst og yderligere information om finansieringen af oplæringen på de to områder.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.2 Varslingsfrister i forbindelse med behov for personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje efter udskrivning:

Hedensted Kommune vil gerne anvende de it-redskaber (herunder MedCom), der er til rådighed, men finder samtidig den faglige dialog vigtig. Hedensted Kommune ønsker at lave en procesplan sammen med Horsens- og Odder Kommuner og Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder for It-kommunikation i klyngen.

Krav 3

3.4 Koordination og kommunikation mellem parterne

Hedensted Kommune ønsker fortsat god dialog.

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Hedensted Kommune ønsker at høre mere konkret om planerne for, hvordan kommunerne bliver påvirket af det større akut-indtag på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder som følge af aukut-forliget i Region Midtjylland 2008.

Hedensted Kommune ønsker at vide, hvor stort omfanget forventes at blive og hvilket samarbejde der kræves fremadrettet.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.5 Hjerneskadeområdet

Kontakt person i Hedensted Kommune er Helga Jeppesen, visitator, Senior Service, tlf.: 7975 5839

Krav 2

2.3 Elektronisk kommunikation

Hedensted Kommune vil kunne modtage genoptræningsplaner elektronisk ultimo 2008 primo 2009.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Hedensted Kommune har udarbejdet pjecen "*Kvalitetsstandard for Træning*" som kan rekvireres ved henvendelse til kommunen. I pjecen kan man bl.a. finde information om ventetid og visitation.

Krav 5

5.5 Evaluering

Hedensted Kommune ønsker audit på genoptræningsplaner.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Hedensted Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Hedensted Kommune har følgende forebyggelsestilbud:

- Kol rehabilitering
- Diabetes rehabilitering
- Patientuddannelse - lær at leve med kronisk sygdom
- Hjerte rehabilitering forventes etableret ultimo 2008
- Rygestop kursus

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Hedensted kommune tilbyder rygestopkursus til borgere i kommunen. Der er tale om rygestopkurser for grupper. Antal deltagere pr. hold er typisk 10-12 personer.

Tilmelding skal ske via Sundhed og Forebyggelse, Birgit Bøtke på tlf. nr. 79 75 57 05, eller mail Birgit.Boetker@Hedensted.dk.

Odder Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Odder Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Horsens klyngen, der består af: Horsens, Hedensted, Odder og Ikast-Brande kommuner.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2 Hjemmeplejens opgaver:

Odder kommune forventer at kunne modtage korrespondancemeddelser pr. 01.10. 2008.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser

Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter samt foranstaltninger der kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Odder Kommune anvender følgende MedCom standarder pr. 1/10 2008:

- Systemmedicinbestilling
- Korrespondancemodulet
- Modtager indlæggelses adviser
- Modtager udskrivnings adviser

Odder, Hedensted, og Horsens kommuner ønsker at indgå i et samarbejde med Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder i forhold til at udarbejde en procesplan vedr. elektronisk kommunikation og effektive arbejdsgange.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

I forbindelse med udskrivning kontakt:

Visitationsteamet

Kildegade 6, 8300 Odder

Tlf. 87803700

Man – tors kl. 8 – 15

Fredag kl. 8 – 13

Krav 3

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Sundhedstilbud på Tunø

Odder Kommune og Region Midtjylland har indgået aftale om sundhedstilbud på Tunø. Sundhedstilbudet omfatter akut hjælp ved hjemmesygeplejerske og lægehjælp ved praktiserende læge.

Finansiering:

Odder kommune og Region Midtjylland har indgået en aftale, hvor fordelingen mellem kommunale og regionale opgaver fastlægges til 50 % til hver part.

Region Midtjylland finansierer 50 % af sygeplejerskedækningen, hvilket svarer til kr. 188.000 årligt (udgifter i 2006).

Region Midtjylland finansierer udgifterne til lægehjælp på Tunø. Dette sker ved, at en af lægerne fra Samsø en gang om måneden sejler til Tunø m.h.p. afholdelse af planlagte konsultationer. Derudover varetages lægebetjeningen ved at Tunø-beboerne får telefonkonsultationer og konsultationer hos lægerne i Odder, hvor nogle Tunøboere er tilmeldt.

Region Midtjylland ansætter hvert år en sommerferielæge på Tunø i 2 måneder med henblik på at varetage lægebetjeningen i højsæsonen.

Den helt akutte lægehjælp varetages af helikoptertjenesten. Helikopterassistenten finansieres af staten.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Odder Kommunes Træningscenter varetager opgaven med almindelig ambulant genoptræning. Der er ikke indgået aftaler med andre leverandører.

1.4 Opgavefordeling

Odder Kommune planlægger ikke at afvige fra det regionale snitfladekatalog.

Odder Kommune har p.t. ingen overvejelser om overtagelse af yderligere træningsopgaver.

1.5 Hjernesgadeområdet

Social Service

Adresse:

Odder Rådhus
Rådhusgade 3
8300 Odder
Telefon 87 80 33 33
Telefax 87 80 33 20

Krav 2

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Der sendes som udgangspunkt ikke statusrapport til hospitalerne.

Hvis der er en særlig grund til at hospitalet ønsker en statusrapport skrives det under rubrik 4 (praktiske oplysninger)

Ligeledes kan kommunen sende statusrapport, hvis de vurderer der er særlige grunde til at informere hospitalet (eksempelvis ved udeblivelse fra genoptræningen).

2.3 Elektronisk kommunikation

Det forventes at genoptræningsplaner udveksles elektronisk som MedCom standard pr. 1.03.-2009.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Der henvises til Odder Kommunes kvalitetsstandard for alm. ambulant genoptræning.
www.aeldreomraadet.odder.dk

Krav 5

5.5 Evaluering

Der planlægges en evaluering af projekt

" Tværsektorielt visitering af rehabilitering til ældre. "

Region Midtjylland vil fortsætte medfinansieringen af projektet.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 1

1.4 Terminalpatienter

Odder Kommune tiltræder aftale om, at hjælpemidler til terminale patienter kan afvige fra normal procedure.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Odder Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Ældreservice har i dag følgende patient-rettede forebyggelses hold:

- 1 gighold med ca. 12 borgere og en instruktør
- 2 diabetes hold med ca 6 – 8 borgere på hvert hold og én instruktør
- 1 apopleksihold med MAX 6 borgere og to instruktører
- 3 KOL-hold med ca. 30 borgere og én instruktør.

Der planlægges med etablering af et intensivt, tidsbegrænset KOL-hold i efteråret 2008 og efterfølgende 2 årlige hold, for borgere med let til moderat KOL.

Yderligere planlægges med etablering af tilbud for borgere med Hjerter/kar lidelser i 2009.

Alle tilbud er placeret under træningscenter i Ældre-service i Odder kommune og indsatsen varetages af terapeuter og sygeplejersker.

Praktiserende lægers rolle er udredning og henvisning til tilbudet.

Se endvidere
www.aeldreomraadet.odder.dk

Krav 4

4.4 Videndeling mellem sektorerne

Ældre-service, Visitationsteamet og afdeling G5 har etableret et formelt møde-forum én gang ugentlig, hvor indlagte borgere fra Odder kommune drøftes.

Hermed sikres sammenhæng og helhedstækningen for denne borger- gruppe i forbindelse med udskrivelse.

Krav 5

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Der er ved at blive udarbejdet pjecemateriale for det nye KOL tilbud.

Alle tilbud er samlet i ét dokument, som bliver tilgængelig på kommunens ældreportal
www.aeldreomraadet.odder.dk

Ikast-Brande Kommune

(AFVIGELSER FOR IKAST-BRANDE KOMMUNE FINDES I AFVIGENOTATET FOR VESTKLYNGEN).

Viborgklyngen

Viborgklyngen består af: Skive og Viborg Kommuner samt Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup og praksis.

Indledning

Formål og mål i sundhedssamarbejdet mellem Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup og Viborg og Skive Kommuner.

Parterne er enige om, at det overordnede mål med aftalen er at sikre det gode patientforløb, herunder:

- Mindst mulig indgreb i borgerens liv/dagligdag
- Kvalificeret indsats
- Sammenhæng i indsatsen

Det indebærer, at man skal

- Undgå unødige indlæggelser
- Hurtig udskrivning af færdigbehandlede
- Sikre rehabilitering
- Kvalitetssikre indsatsen

Det forudsætter, at man har

- Klar og entydig kompetence- og ansvarsfordeling
- Hensigtsmæssige arbejdsgange og informationsværktøjer

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.3.1 Ved planlagte indlæggelser

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup sender MedCom standardadvis ved indlæggelse fra samtlige afdelinger.

1.3.1 Hvad er MedCom?

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup kommunikerer med Viborg Kommune via MedComstandarderne ved indlæggelses- og udskrivningsadvis.

Viborg Kommune sender indlæggelsessvar og kan fremsende indlæggelsesrapport. Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup kommunikerer i forhold til MedCom standarden ved indlæggelses- og udskrivningsadvis og ved korrespondancemeddelelser.

Med hensyn til korrespondancemeddelelser afventer Viborg Kommune, at meddelelserne kan sendes med differentierede overskrifter (Ny MedComstandard).

Viborg Kommune sender indlæggelsessvar og kan fremsende indlæggelsesrapport. Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup kommunikerer i forhold til MedCom standarden ved indlæggelses- og udskrivningsadvis og ved korrespondancemeddelelser.

I forhold til MedCom standarder for udskrivningsrapport, varsling af færdigbehandling og genoptræningsplan er Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup klar til pilottest. Viborg Kommune kan modtage de omtalte standarder. Pilottesten gennemføres i efteråret 2008.

Krav 2

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup har pt. følgende udgående funktioner:

- Efter lægelig henvisning ekspertbistand ved specialiseret palliativ omsorg, pleje og behandling i eget hjem og på plejehjem.
- Iltsygeplejersker: 1) Alle nystartede hjemmeiltbrugere ordineres iltsygeplejerske, 2) automatisk hjemmebesøg til KOL-patienter med ilt i hjemmet og 3) kontrol af iltbehandling ca. hver 4. måned ved hjemmebesøg eller ambulatoriebesøg.
- KOL-sygeplejersker: Patienter med moderat-svær KOL tilses af KOL-sygeplejerske i hjemmet og i ambulatoriet.
- ALS-team på de neurologiske afdeling: 1) Lindrende og støttende behandling og vejledning i hjemmet til patient og pårørende og 2) Vejledning og undervisning af sundhedspersonalet i primær sektor i forhold til den konkrete patient.
- Neuropædiatrisk tilsyn: 1) Lægeligt pædiatrisk tilsyn på handicapinstitutionerne i området (specialbørnehaver, specialskoler, døgninstitutioner) i samarbejde med terapeuterne i handicapteamet og 2) terapeuterne i handicap-teamet foretager hjemmebesøg og hjemmetræning.
- Mobile bioanalytikere: Kørende bioanalytikere tager blodprøver og EKG i eget hjem og på plejehjem (i de tidligere Skive og Viborg Kommuner). Den kørende laborantordning for gammel Skive og Viborg Kommuner ønskes udvidet til at omfatte hele Ny Skive og Ny Viborg kommuner. En udvidelse af denne service er en mulighed, hvis regionen skønner, at der er økonomisk grundlag herfor
- Hjemmedialysesteam: Målgrupper: Peritonealdialysepatienter (p-dialyse). Hjemmebesøg til undervisning og oplæring af patienter og pårørende i posedialyse (CAPO/skift 4xdgl.) og natmaskinebehandling (APO) Undervisningsforløb: 4-5 dage a 4-6 t. varighed. Ved ældre patienter med komplicerede sygdomme involveres og oplæres hjemmesygeplejen
- Gerontopsykiatriske teams: 1) Specialfunktion ift. Diagnostisering, udredning og behandling af patienter med hukommelsesproblemer og psykiatriske lidelser. 2) Via hjemmebesøg følges op på behandling i samarbejde med hjemmeplejen og familien og 3) Sygeplejefaglig vejledning og støtte vedr. pleje- og omsorgsmæssige problemer til pårørende og personale.

Parterne er enige om, at det skal afsøges, om der er potentiale for etablering af udgående teams på andre områder. Der etableres ikke yderligere udgående teams uden dialog parterne imellem.

Krav 3

3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur

For hver klynge er der endvidere nedsat en klyngestyregruppe, der har deltagelse af ledelsesrepræsentanter fra regionshospitalet og kommunerne samt fra almen praksis og administrationen Region Midtjylland og Center for Folkesundhed.

Der afholdes 2 årlige møder.

Drøftelserne i klyngestyregruppen omfatter følgende

- Sammenhæng mellem det sundhedsfaglige indhold mellem det regionale og kommunale tilbud
- Tilpasning og koordinering af kapacitet i såvel regionalt som kommunalt regi, herunder orientering om tiltag, der kan have indflydelse på efterspørgslen på tværs af sektorer.
- Afdækning af behov for tværkommunale eller tværsektorielle indsatser
- Indgåelse af nye aftaler om samarbejde
- vedligehold, udvikling og opfølgning på fælles oversigt over borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud. Se senere beskrivelse
- Hvorledes indsatsen kan kvalitetssikres og metodeudvikles og evalueres
- Behovet for kompetenceudvikling og efteruddannelse, således at Region Midtjylland udbyder tilbud, der matcher kommunernes, hospitalernes og almen praksis' behov
- Opfølgning på allerede indgåede aftaler

Under styregruppen for klyngen er der i Viborg-klyngen nedsat et kontaktforum.

Kontaktforum består af ansvarshavende ledere og chefer fra Regionshospitalet Viborg, Skive og Viborg Kommuner. Kontaktforum afholder mindst 2 årlige møder. Herudover kan Kontaktforum nedsætte ad hoc grupper i forhold til særlige problemstillinger.

Kontaktforum skal være med til at sikre kvaliteten, sammenhængen, koordineringen og udviklingen i indsatsområderne samt understøtte det daglige samarbejde.

Kontaktforums formål er at arbejde for et fortsat godt samarbejde med henblik på at sikre det optimale patientforløb.

Kontaktforums opgaver er 1) at identificere og udvikle områder af overordnet betydning for patientforløbene og samarbejdet mellem sektorerne, 2) at bidrage til at udvikle dialog, forståelse og fælles begrebsafklaring, 3) at udvikle, bearbejde og implementere relevante aftaler, procedurebeskrivelser m.v., 4) at tage initiativ til konkrete projekter og temadage, der

kan fremme patientforløbene og det overordnede samarbejde og 5) at udvikle og etablere fælles undervisnings- og uddannelsesforløb for medarbejderne.

Aftale om udskrivningsforløb herunder svage ældre

Krav 1

1.2.2 Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne (hvor borger er "kendt" af kommunen)

MVA (Medicinsk Visitation Afsnit): Udskrivning samme dag

Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne:

- På hverdage før kl. 14.00 kan der ved direkte kontakt til visitator aftales udskrivning samme dag.
- Ved direkte kontakt til visitator inden fredag kl. 12.00 kan der aftales udskrivning i weekenden.

1.2.3 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne

Varsles på hverdage mindst 24 timer forud, hvis muligt gives der 72 timers varsel.

For borgere i plejeboliger kan der aftales udskrivning i weekenden, hvis kontakt til visitator fredag inden kl. 12.00

1.2.4 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne og behov for særlige hjælpemidler, der kræver forberedelsestid

72 timer (3 døgn) når færdigbehandlingsdatoen er fastsat

1.2.5 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

168 timers varsel (7 døgn) når færdigbehandlingsdato er fastsat.

Krav 3

3.3 Tiltag på hospitalerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup har pt. følgende udgående funktioner:

- Efter lægelig henvisning ekspertbistand ved specialiseret palliativ omsorg, pleje og behandling i eget hjem og på plejehjem.

- Iltsygeplejersker: 1) Alle nystartede hjemmeiltbrugere ordineres iltsygeplejerske, 2) automatisk hjemmebesøg til KOL-patienter med ilt i hjemmet og 3) kontrol af iltbehandling ca. hver 4. måned ved hjemmebesøg eller ambulatoriebesøg.
- KOL-sygeplejersker: Patienter med moderat-svær KOL tilses af KOL-sygeplejerske i hjemmet og i ambulatoriet.
- ALS-team på de neurologiske afdeling: 1) Lindrende og støttende behandling og vejledning i hjemmet til patient og pårørende og 2) Vejledning og undervisning af sundhedspersonalet i primær sektor i forhold til den konkrete patient.
- Neuropædiatrisk tilsyn: 1) Lægeligt pædiatrisk tilsyn på handicapinstitutionerne i området (specialbørnehaver, specialskoler, døgninstitutioner) i samarbejde med terapeuterne i handicapteamet og 2) terapeuterne i handicap-teamet foretager hjemmebesøg og hjemmetræning.
- Mobile bioanalytikere: Kørende bioanalytikere tager blodprøver og EKG i eget hjem og på plejehjem (i de tidligere Skive og Viborg Kommuner).
- Hjemmedialyseteam: Målgrupper: Peritonealdialysepatienter (p-dialyse). Hjemmebesøg til undervisning og oplæring af patienter og pårørende i peritonealdialyse (CAPO/skift 4xdgl.) og natmaskinebehandling (APO) Undervisningsforløb: 4-5 dage a 4-6 t. varighed. Ved ældre patienter med komplicerede sygdomme involveres og oplæres hjemmesygeplejen
- Gerontopsykiatriske teams: 1) Specialfunktion ift. Diagnostisering, udredning og behandling af patienter med hukommelsesproblemer og psykiatriske lidelser. 2) Via hjemmebesøg følges op på behandling i samarbejde med hjemmeplejen og familien og 3) Sygeplejefaglig vejledning og støtte vedr. pleje- og omsorgsmæssige problemer til pårørende og personale.

Aftale om træningsområdet

Krav 5

5.2 Etablering af lokale styregrupper

For hver klynge er der endvidere nedsat en klyngestyregruppe, der har deltagelse af ledelsesrepræsentanter fra regionshospitalet og kommunerne samt fra almen praksis og administrationen Region Midtjylland og Center for Folkesundhed.

Der afholdes 2 årlige møder.

Drøftelserne i klyngestyregruppen omfatter følgende

- Sammenhæng mellem det sundhedsfaglige indhold mellem det regionale og kommunale tilbud
- Tilpasning og koordinering af kapacitet i såvel regionalt som kommunalt regi, herunder orientering om tiltag, der kan have indflydelse på efterspørgslen på tværs af sektorer.
- Afdækning af behov for tværkommunale eller tværsektorielle indsatser
- Indgåelse af nye aftaler om samarbejde
- vedligehold, udvikling og opfølgning på fælles oversigt over borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud. Se senere beskrivelse

- Hvorledes indsatsen kan kvalitetssikres og metodeudvikles og evalueres
- Behovet for kompetenceudvikling og efteruddannelse, således at Region Midtjylland udbyder tilbud, der matcher kommunernes, hospitalernes og almen praksis' behov
- Opfølgning på allerede indgåede aftaler

Under styregruppen for klyngen er der i Viborg-klyngen nedsat et kontaktforum. Kontaktforum består af ansvarshavende ledere og chefer fra Regionshospitalet Viborg, Skive og Viborg Kommuner. Kontaktforum afholder mindst 2 årlige møder. Herudover kan Kontaktforum nedsætte ad hoc grupper i forhold til særlige problemstillinger.

Kontaktforum skal være med til at sikre kvaliteten, sammenhængen, koordineringen og udviklingen i indsatsområderne samt understøtte det daglige samarbejde.

Kontaktforums formål er at arbejde for et fortsat godt samarbejde med henblik på at sikre det optimale patientforløb.

Kontaktforums opgaver er 1) at identificere og udvikle områder af overordnet betydning for patientforløbene og samarbejdet mellem sektorerne, 2) at bidrage til at udvikle dialog, forståelse og fælles begrebsafklaring, 3) at udvikle, bearbejde og implementere relevante aftaler, procedurebeskrivelser m.v., 4) at tage initiativ til konkrete projekter og temadage, der kan fremme patientforløbene og det overordnede samarbejde og 5) at udvikle og etablere fælles undervisnings- og uddannelsesforløb for medarbejderne.

5.5 Evaluering

Der er etableret tværsektorielle netværksgrupper omkring genoptræning af patienter med udvalgte diagnoser (Skulder-alloplastik, ryg og knæ).

Netværksgrupper for apopleksi og KOL er under etablering

Aftale om hjælpemiddelområdet

Krav 3

3.1.2 Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne (hvor borger er "kendt" af kommunen)

MVA (Medicinsk Visitation Afsnit): Udskrivelse samme dag

Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne

- På hverdage før kl. 14.00 kan der ved direkte kontakt til visitator aftales udskrivning samme dag.
- Ved direkte kontakt til visitator inden fredag kl. 12.00 kan der aftales udskrivning i weekenden.

3.1.3 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne

Varsles på hverdage mindst 24 timer forud, hvis muligt gives der 72 timers varsel.

For borgere i plejeboliger kan der aftales udskrivning i weekenden, hvis kontakt til visitator fredag inden kl. 12.00

3.1.4 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne og behov for særlige hjælpemidler, der kræver forberedelsestid

72 timer (3 døgn) når færdigbehandlingsdatoen er fastsat.

3.1.5 Ved udskrivning af patienter med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer

168 timers varsel (7 døgn) når færdigbehandlingsdato er fastsat.

Krav 5

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

For hver klynge er der endvidere nedsat en klyngestyregruppe, der har deltagelse af ledelsesrepræsentanter fra regionshospitalet og kommunerne samt fra almen praksis og administrationen Region Midtjylland og Center for Folkesundhed.

Der afholdes 2 årlige møder.

Drøftelserne i klyngestyregruppen omfatter følgende

- Sammenhæng mellem det sundhedsfaglige indhold mellem det regionale og kommunale tilbud
- Tilpasning og koordinering af kapacitet i såvel regionalt som kommunalt regi, herunder orientering om tiltag, der kan have indflydelse på efterspørgslen på tværs af sektorer.
- Afdækning af behov for tværkommunale eller tværsektorielle indsatser
- Indgåelse af nye aftaler om samarbejde
- vedligehold, udvikling og opfølgning på fælles oversigt over borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud. Se senere beskrivelse
- Hvorledes indsatsen kan kvalitetssikres og metodeudvikles og evalueres
- Behovet for kompetenceudvikling og efteruddannelse, således at Region Midtjylland udbyder tilbud, der matcher kommunernes, hospitalernes og almen praksis' behov
- Opfølgning på allerede indgåede aftaler

Under styregruppen for klyngen er der i Viborg-klyngen nedsat et kontaktforum.

Kontaktforum består af ansvarshavende ledere og chefer fra Regionshospitalet Viborg, Skive og Viborg Kommuner. Kontaktforum afholder mindst 2 årlige møder. Herudover kan Kontaktforum nedsætte ad hoc grupper i forhold til særlige problemstillinger.

Kontaktforum skal være med til at sikre kvaliteten, sammenhængen, koordineringen og udviklingen i indsatsområderne samt understøtte det daglige samarbejde.

Kontaktforums formål er at arbejde for et fortsat godt samarbejde med henblik på at sikre det optimale patientforløb.

Kontaktforums opgaver er 1) at identificere og udvikle områder af overordnet betydning for patientforløbene og samarbejdet mellem sektorerne, 2) at bidrage til at udvikle dialog, forståelse og fælles begrebsafklaring, 3) at udvikle, bearbejde og implementere relevante aftaler, procedurebeskrivelser m.v., 4) at tage initiativ til konkrete projekter og temadage, der kan fremme patientforløbene og det overordnede samarbejde og 5) at udvikle og etablere fælles undervisnings- og uddannelsesforløb for medarbejderne.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1

1.2.2. Regionshospital Viborg, Skive og Kjellerup patientrettede forebyggelsestilbud

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup tilbyder en række patientrettede forebyggelsestilbud. Tilbuddene har form som patientundervisning og har til formål, at undgå forværring af eksisterende sygdom eller rehabiliterer hospitalsbehandling.

Et samlet overblik kan ses på <http://sygehusviborg.dk/sw95780.asp>

For patienter uden adgang til Internettet er skriftligt informationsmateriale omkring rehabiliteringstilbud og patientundervisning desuden tilgængeligt på de enkelte afsnit og i ambulatorierne.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Regionshospitalet Viborg tilbyder fra graviditetens indtræden og frem til barnet er 1 år, at begge vordende eller nybagte forældre kan henvises til rygestoprådgivning. Praktiserende læger, sundhedsplejersker kan henvise til tilbuddet ligesom brugerne selv kan henvende sig.

For patienter uden adgang til Internettet er skriftligt informationsmateriale omkring rehabiliteringstilbud og patientundervisning desuden tilgængeligt på de enkelte afsnit og i ambulatorierne.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup tilbyder en række patientrettede forebyggelsestilbud. Tilbuddene har form som patientundervisning og har til formål, at undgå forværring af eksisterende sygdom eller rehabilitere hospitalsbehandling.

Et samlet overblik kan ses på <http://sygehusviborg.dk/sw95780.asp>

For patienter uden adgang til Internettet er skriftligt informationsmateriale omkring rehabiliteringstilbud og patientundervisning desuden tilgængeligt på de enkelte afsnit og i ambulatorierne.

1.3.3.1 Målgrupper og aftaler på svangre, børn og unge-området

• Alle fødende

Efter udskrivelse fra fødsel eller barselsophold for ukomplicerede barslende på Regionshospitalet Viborg er det kutyme, at familien ved problemer kontakter den udskrivende afdeling på hospitalets indtil 1. sundhedsplejerskebesøg eller indtil 1 uge efter fødslen. Herefter overtager den kommunale sundhedspleje denne funktion. Dog etableres tidlig sundhedsplejekontakt efter udskrivelse ved patienter med særlige behov. Disse aftaler er uformelle, som ønskes endeligt aftalt og nedskrevet.

• Hjemmefødsler

Varetages af jordemoder tilknyttet hospitalet. Det er ligeledes her kutyme, at kontakten ved problemer foregår ved kontakt til fødegangen indtil 1. sundhedsplejerske besøg eller indtil 1. uge efter fødslen. Herefter overtager den kommunale sundhedspleje denne funktion. Aftalen er uformel, som ønskes endeligt aftalt og nedskrevet.

• Projekt Familieforberedelse

Projekt familieforberedelse er et fuldt implementeret projekt vedrørende et samarbejde mellem primærkommunale sundhedsplejersker og jordemødre. Alle vordende forældre tilbydes samtale/undervisning med sundhedsplejerske i graviditeten vedrørende familiedannelse enten ved traditionel familieforberedelse eller ved gruppekonsultation. Ved særlige behov tilbydes parret endvidere deltagelse af sundhedsplejerske ved jordemoderkonsultationen. Tilbuddet henvender sig til alle vordende familier.

Sundhedsplejersker og jordemødre har samme distrikter, således der bliver etableret et tæt samarbejde mellem sundhedsplejerske og jordemoder i samme distrikt. Der er etableret samarbejds møder mellem jordemødre og sundhedsplejersker i distrikterne 2- 3 gange årligt.

Endvidere er der etableret samarbejds møder mellem Kvindeafdelingen, repræsenteret ved sygeplejersker og jordemødre og sundhedsplejen i kommunerne. Møderne afholdes 2 gange årligt.

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

- Gravide med svære sociale problemstillinger/sårbare gravide
Viborg Kommune opfordrer til at der indgås en samarbejdsaftale mellem regionshospitalet, Viborg Kommune og Region Midtjylland i forhold til gruppen af forældre, hvor de sociale myndigheder ønsker forældreevnen vurderet i nyfødtperioden

Krav 2

2.2 Tilgængelighed af information

Skive og Viborg Kommuner er enige om at ville afvente udredning i IT-temagruppen vedr. fremtidigt fælles elektronisk værktøj, der skal benyttes til kommunikation mellem hospitalet og kommunerne.

Indtil denne udredning foreligger indsamler og synliggør Region Midtjylland sundhedsfremme og forebyggelsestilbud fra Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup og Skive og Viborg Kommuner på regionens hjemmeside. Skive og Viborg Kommuner fremsender beskrivelser af tilbud med udgangspunkt i skabelon som bilag 5.4

E-dok udrulles på Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup medio 2009.

Kvalitetsafdelingen på Regionshospital Viborg, Skive og Kjellerup fremsender beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk).

Krav 4

4.5 Metodeudvikling

I samarbejde med DSI bliver "Indsats for KOL-patienter i Skive og Viborg Kommuner i samarbejde med Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup" evalueret og bør derfor ses som et led i udviklingen af vidensdelingen mellem sektorerne og en måde at udvikle nye metoder på.

Viborg Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Viborg Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Vestklyngen, der består af: Viborg og Skive kommuner, Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Vedr.: bullet 2: Borgeren informeres om at medbringe ajourført medicinliste ved indlæggelse.

Kommunikation med hospitalet kan foregå elektronisk via MedCom korrespondancemeddelelse. Undtagelsesvist fremsendes oplysningerne pr. fax.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Viborg Kommune er i stand til at kommunikere via MedCom korrespondancemeddelelse.

Aftale vedr. udskrivningsforløb

Krav 1

1.1.3 Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med nedsat funktionsevne

Vedr. bullet 5: Som udgangspunkt udskrives borgere til eget hjem. I de tilfælde, hvor sygehuset oplever, at der kan være behov for en plejebolig kontaktes den kommunale visitor så tidligt som muligt med henblik på en nærmere vurdering. Det understreges, at det er den kommunale visitor, der har myndigheden.

Viborg Kommune understreger, at det er den kommunale visitor i "Visitation-Sundhed", der har myndigheden.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Viborg Kommune har overtaget alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse.

Den almindelige ambulante genoptræning udføres på kommunale plejecentre og hos privatpraktiserende fysioterapeuter.

1.5 Hjerneskadeområdet

Viborg Kommune og Regionshospitalet Skive har sat et projekt om anvendelse af ICF til kvalificering af effektivisering af kommunikation og koordination mellem hospital og kommune vedr. senhjerneskadedes funktionsevne og til dokumentation af kommunernes rehabiliteringsindsats.

Målgruppen for projektet er ansatte i Viborg Kommune og Regionshospitalet Viborg. Der er nedsat en styregruppe for projektet med deltagere fra Viborg Kommune, Regionshospitalet Viborg og Region Midtjylland.

Hjerneskadekoordinator i Viborg Kommune er organisatorisk placeret i Socialafdelingen.

Krav 2

2.3 Elektronisk kommunikation

Viborg Kommune er klar til at modtage elektroniske genoptræningsplaner.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Viborg Kommunes tilbud vil primo 2009 fremgå af kommunens hjemmeside.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 1

1.2 Kommunernes ansvarsområder

Region Midtjylland og Viborg Kommune har aftalt, at Viborg Afdelingen af Center for Syn og Kommunikation overgår til kommunal drift fra den 1. januar 2009.

For sikre tilstedeværelsen af et højt specialiseret fagligt miljø på synsområdet er det vigtigt, at det tætte samarbejde mellem Viborg Afdelingen af Center for Syn og Kommunikation og regionens hospitaler fastholdes.

Rehabiliteringen af synshandicappede personer bygger på det synspædagogiske, den optiske og den øjenlægefaglige tværfaglighed. Tværfagligheden er en forudsætning for en vellykket rehabilitering af synshandicappede personer.

Således vil Viborg Afdelingen af Center for Syn og kommunikation levere ydelser til øjenafdelingerne på regionens sygehuse og omvendt uden økonomiske mellemværender mellem parterne.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.3.1 Viborg Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Viborg Kommune har iværksat tværdiagnostisk patientuddannelse efter Stanford-modellen og patientrettede forebyggelsestilbud til KOL-patienter med let-moderat KOL

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Viborg Kommune har i regi af sundhedsafdelingen et samarbejde med apotekerne om borgerrettede rygestoptilbud. Efter behov oprettes tilbud for særlige målgrupper, f.eks. sindslidende.

Viborg Kommune informerer om relevante kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom i skriftlig form via foldere, der gøres tilgængelige hos praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, hjemmesygeplejen, visitationen og borgerserviceafdelinger.

Krav 2

2.2 Tilgængelighed af information

Sundhedsafdelingen i Viborg Kommune fremsender beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk)

Skive Kommune

Nærværende aftale er indgået mellem Skive Kommune og Region Midtjylland på baggrund af klyngeaftalen for Vestklyngen, der består af: Skive og Viborg Kommuner, Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup og praksis.

Aftale vedr. indlæggelsesforløb

Krav 1

1.2.2.1 Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb (hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen)

Vedr. punkt 1: Oplysninger mellem hjemmeplejen og hospitalet fremsendes med fax.

Vedr. punkt 2: Borgeren informeres om at medbringe ajourført medicinliste ved indlæggelse.

Kommunikation med hospitalet kan foregå elektronisk via MedCom korrespondancemeddelelse. Undtagelsesvist fremsendes oplysningerne pr. fax.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Skive Kommune er i stand til at kommunikere via MedCom korrespondancemeddelelse.

Aftale vedr. træningsområdet

Krav 1

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Skive Kommune varetager den almindelige ambulante genoptræningsopgave på følgende måde:

Skive Kommune overtog alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse pr. 1. januar 2007.

Alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver udføres på kommunale træningscentre eller i eget hjem. Genoptræning i KOL-skolen udføres på hospital.

1.5 Hjerneskadeområdet

Hjerneskadekoordinatoren i Skive Kommune er placeret i social- og arbejdsmarkedsafdelingen. Hjerneskadekoordinator i Skive Kommune er Vagn Mastrup.

Krav 2

2.3 Elektronisk kommunikation

Skive Kommune vil være klar til at modtage elektroniske genoptræningsplaner 1. januar 2009.

Krav 3

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Skive Kommunes tilbud vil senest fra den 1. januar 2009 fremgå af kommunens hjemmeside.

Aftale vedr. hjælpemiddelområdet

Krav 2

2.5.2 Opfølgning fra lokalt niveau i klyngerne

Der er i 2007 nedsat en lokal arbejdsgruppe, der har arbejdet med

- *Kommunalt/regionalt samarbejde om hjælpemidler
De økonomiske, administrative og juridiske forhold i etableringen af et samarbejde mellem Skive og Regions Hospitalet Viborg, Skive og Kjellerup er blevet afsøgt i arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler.*
- *Samarbejde vedrørende nagelfaste installationer
Hospital og kommune er indstillede på at udvikle samarbejdet om hjælpemidler i hjemmet.*
- *Samarbejde om bariatriske patienter*

Kommune og hospital er enige om at prioritere indsatsen vedrørende bariatriske patienter.

Aftale vedr. sundhedsfremme og forebyggelse

Krav 1

1.2.1 Region Midtjyllands ansvar og opgaver

I samarbejde med Skive Kommune, Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, Regionspsykiatrien, de alment praktiserende læger og på sigt andre ydere i praksis sektoren planlægger Region Midtjylland at etablere et sundhedshus på det nuværende Regionshospitalet Skive.

Målsætningen er at udvikle sundhedsbetjeningen af borgerne i Skive og Omegn samt bidrage til udviklingen af samarbejdsrelationerne på tværs af sektorer og fagligheder. Ved at udvikle

samarbejdsrelationerne er det forventningen, at alle implicerede parter vil opleve positive synergieffekter.

Etableringen af et sundhedshus forventes også at understøtte implementeringen af sundhedsaftalen, herunder Vision og strategi for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser.

1.2.3.1 Skive Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

Skive Kommune har patientrettede forebyggelsestilbud til KOL-patienter med let-moderat KOL, parkinson-patienter og visse kræftpatienter.

For borgerrettede tilbud henvises til www.skivesund.dk.

På tilsvarende vis informerer Skive Kommune om relevante kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom i skriftlig form via foldere, der gøres tilgængelige hos praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, hjemmesygeplejen, visitationen og borgerserviceafdelinger.

1.3.1 Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Skive Kommune henviser angående rygestop til www.roegfri.nu, som er kommunens tilbud sammen med Lemvig, Struer og Holstebro kommuner. Ansvar for rygeafvænningstilbuddene retter sig generelt til borgere i Skive Kommune med et særligt fokus på social ulighed og kroniske patienter.

Skive Kommune informerer om kommunale tilbud om rygestop på de kommunale hjemmesider og i skriftlig form via foldere, der gøres tilgængelige hos praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, hjemmesygeplejen, visitationen og borgerserviceafdelinger.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelse

• Kombinationsstillinger

Parterne er indstillede på at undersøge muligheden for at etablere kombinationsstillinger, hvor ansatte fra hospitalet eller fra kommunerne over en længere periode kan være halv tid hos den anden part. Det vil give stort potentiale for vidensdeling mellem sektorerne.

Kronikerområdet er særligt interessant at arbejde med indenfor denne type ansættelser, hvorfor initiativet hertil forventes at blive lagt i kronikergruppen.

• Etablering af arbejdsgruppe for den fælles kronikerindsats

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der omfatter repræsentanter fra Viborg Kommune, Skive Kommune, Regionshospitalet Viborg, Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed samt praksis.

I regi af gruppen skal eksisterende projekter og indsatsområder i regionalt og hospitalsregi afklares. Desuden vil der kunne ske koordination og målretning/sparring af den kommunale indsats i gruppen. Målet er, at skabe sammenhængende forløb for borgere, således at alle, der har behov for en yderligere indsats efter hospitalsindlæggelse også får tilbud derom i kommunalt regi. Arbejdsgruppen udarbejder selv kommissorium. Region Midtjylland tager initiativ og varetager sekretariatsfunktionen.

De områder kommunerne og hospitalet er enige om at prioritere er:

- KOL
- Hjerte-/karlidelser
- Diabetes
- Kræftrehabilitering

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

Der er mellem Skive Kommune og Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup (Arbejdsmedicinsk klinik i Skive) indgået aftale om to projekter vedrørende hurtig indsat for patienter med stressbetingede lidelser og hurtig klinik udredning af borgere med rygsygdomme.