

Generel Sundhedsaftale

for
Region Midtjylland

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Indledning	4
1. Aftale om indlæggelsesforløb	11
2. Aftale om Udskrivningsforløb herunder svage ældre	24
3. Aftale om træningsområdet	33
4. Aftale om hjælpemiddelområdet	49
5. Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse	59
6. Aftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser	82
Voksenområdet	82
Generel supplerende aftale vedr. Børne- ungepsykiatrien	100
7. Bilag til sundhedsaftalen	109
Bilag til aftale om indlæggelse	109
1.1 Kontaktliste for borgere	109
1.2 Kommissorium for arbejdsgruppen for elektronisk kommunikation på sundhedsområdet i Region Midtjylland	111
1.3 Kommunale tiltag, der forebygger uhensigtsmæssige indlæggelser	113
1.4 Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af en pixi-udgave af sundhedsaftalen	114
1.5 Eksempel på nøgletalsoversigt	115
1.6 Afregning mellem kommunerne og regionen	116
Bilag til aftale om udskrivning	118
2.1 Lokale retningslinjer for kontaktpersoner på hospitalerne	118
2.2 lokale oversigtsskemaer for varsling af færdigbehandlede	119
2.3 Kommunale tilbud, der sikrer hurtig udskrivning	120
Bilag til træningsområdet	121
3.1: Oversigt over kommunernes varetagelse af almindelig ambulat genoptræning	121
3.2: Genoptræningsplan	128
3.3: Kontaktadresser på genoptræningsområdet i kommunerne i Region Midtjylland	132
3.4: Oversigt over hospitalernes terapiafdelinger	137
3.5: Oversigt over praksiskonsulenter	141
3.6: Informationsbrev vedr. almindelig ambulant genoptræning	142
3.7: Information vedr. specialiseret ambulant genoptræning	144
3.8: Indkaldelsesbrev til specialiseret ambulant genoptræning	145
3.9: Informationsbrev vedr. egen træning efter indlæggelse (med genoptræningsplan)	148
3.10: Informationsbrev vedr. egen træning efter indlæggelse (uden genoptræningsplan)	149
Bilag til hjælpemiddelområdet	150
4.1 Liste over kontaktoplysninger – hospitaler og kommuner	150

Bilag til sundhedsfremme og forebyggelse	152
5.1: Definition af fremme sundhed og forebygge sygdom	152
5.2: Definition af sygdomsspecifik patientuddannelse og tværdiagnostisk patientuddannelse	153
5.3: Sundhedsprofil: Hvordan har du det?	154
5.4 Beskrivelse af e-Dok	155

Indledning

Baggrund.

Fra 1. januar 2007 har kommunerne fået nye opgaver indenfor genoptrænings- og hjælpemiddelområdet samt indenfor sundhedsfremme og forebyggelse. Regioner får ansvar for hospitaler og praksissektoren.

Det fremgår af Sundhedsloven § 205, at Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaverne på sundhedsområdet.

Sundhedskoordinationsudvalget har ansvaret for, at der udarbejdes generelle sundhedsaftaler. De generelle sundhedsaftaler danner ramme for de bilaterale sundhedsaftaler, som skal indgås mellem hver enkelt kommunalbestyrelse og Regionsrådet. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal som minimum indgå aftaler vedrørende 6 obligatoriske områder:

- Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser

I Region Midtjylland har kommuner og region valgt at udarbejde en frivillig aftale på økonomiområdet, der indgår i den obligatoriske del vedr. opfølgning.

I bekendtgørelsen om sundhedsaftaler er der opstillet en række konkrete krav til indholdet af aftalen på hvert af ovenstående obligatoriske områder. Kravene vedrører fem temaer:

- Beskrivelse af arbejdsdeling
- Koordinering af indsatsen, sikre kommunikationen mellem aktører samt til patienten/borgeren
- Planlægning og styring af kapaciteten
- Udvikling og opfølgning af den tværgående indsats
- Opfølgning på aftalerne

Det er hensigten med de generelle udkast til sundhedsaftaler i regionen, at de skal tegne de generelle linjer for, hvordan kravene til sundhedsaftalerne opfyldes.

De generelle sundhedsaftaler er ikke formelt bindende for de bilaterale aftaler – men det er intentionen, at de fungerer som en skabelon for de bilaterale aftaler, hvor der er punkter, som man kan vælge at anvende, ligesom man også kan supplere den generelle aftale.

De bilaterale aftaler indsendes senest den 1. oktober 2008 til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Udkastet til sundhedsaftalerne er udarbejdet i regi af Sundhedsstyregruppen med repræsentanter fra alle kommuner og regionen på højt administrativt niveau. Gruppen består af social- og sundhedsdirektører/-chefer fra kommunerne, repræsentanter fra hospitalsledelserne, ledelsesrepræsentanter fra regionens stab. Det har været intentionen at inddrage repræsentanter fra almen praksis i styregruppens arbejde, men det har indtil videre ikke været muligt. Regionen har varetaget sekretariatsfunktionen.

I regi af Sundhedsstyregruppen har der været nedsat 6 temagrupper – en for hver af de obligatoriske områder. Herudover er der 5 ikke obligatoriske og frivillige temagrupper: en kroniker-gruppe, en gruppe om svangre, børn og unge, en forskning- og udviklingsgruppe, en gruppe for IT-kommunikation, og en økonomigruppe. Det har ikke været meningen, at de 5 ikke obligatoriske temagrupper skulle aflevere bidrag til den generelle sundhedsaftale. Økonomigruppen har som den eneste ikke obligatoriske temagruppe bidraget til den generelle sundhedsaftale.

Værdier for samarbejdet i sundhedsaftalerne for Region Midtjylland.

Sundhedsaftalerne i Region Midtjylland har som det primære formål, at borgere og patienter modtager en indsats, der bygger på et samarbejde mellem de involverede myndigheder. Indsatsen skal være sammenhængende og af høj kvalitet uanset karakter og antallet af kontakter.

Sundhedsaftalerne har derfor et dobbelt sigte. Dels fungerer de som konkrete arbejdsredskaber for det personale, der har kontakten til borgerne i kommunerne, på hospitaler og i praksis. Desuden er aftalerne et politisk dokument hvor den enkelte kommunalbestyrelse og Regionsrådet indgår aftale om igangværende og fremtidige samarbejdsrelationer.

For at begge formål kan realiseres er det nødvendigt at gøre sundhedsaftalerne lettere tilgængelige for den enkelte medarbejder. Region og kommuner vil derfor i fællesskab udforme en forkortet udgave af sundhedsaftalen, der kan anvendes som arbejdsredskab for det personale, der er i daglig kontakt med borgerne.

Kommuner og region har opstillet følgende værdier for samarbejdet:

Det gode samarbejde med brugerne – det brugerfokuserede sundhedsvæsen

Indsatsen i sundhedsvæsenet i regionen og regionens kommuner skal være brugerfokuseret. Dette indebærer, at samarbejdspartnerne – det vil sige hospitalerne, praktiserende læger og de kommunale sundhedsordninger – aktivt involverer borgeren/ patienten i tilrettelæggelsen af det enkelte patientforløb og sætter borgeren/ patienten i centrum.

Det gode samarbejde mellem hospital, praktiserende læger og kommunerne

Det gode samarbejde bygger på gensidig respekt og tillid mellem parterne med henblik på at søge løsninger, hvor borgernes/ patienternes tarv er det fælles omdrejningspunkt. De enkelte parters kompetencer skal anvendes bedst muligt for at sikre optimale patientforløb.

”Det gode samarbejde hviler på initiativpligten, hvilket betyder, at initiativet skal tages der, hvor borgeren fysisk opholder sig.”

Sammenfatning af den generelle sundhedsaftale.

▪ Indlæggelsesforløb

Sundhedsaftalen omhandler blandt andet, hvordan uhensigtsmæssige indlæggelser undgås. Kommuner og region udarbejder lister over tilbud, der kan imødegå dette.

Opfølgningsdelen er beskrevet i detaljer ligesom den økonomiske del af opfølgningsproceduren, der tidligere lå i den separate økonomiaftale er integreret i opfølgningsdelen af indlæggelsesaftalen. Opfølgning på de resterende aftaleområder omfattes stadig af denne del af opfølgningsproceduren

▪ Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter

Sundhedsaftalen lægger op til at dække alle udskrivningsforløb og ikke blot for svage ældre patienter som de centrale retningslinjer foreskriver.

Der er fastlagt varslingsfrister, som gælder for alle hospitaler og kommuner i regionen.

En nærmere definition af ”færdigbehandlet patient” er under udarbejdelse.

Definitionen tager udgangspunkt i sundhedsstyrelsens definition, men udfolder den og præciserer hvilke faglige vurderinger, der lægger bag beslutningen om at erklære en patient færdigbehandlet.

Aftalen fastlægger en tidsplan for forbedring af den elektroniske kommunikation mellem parterne – herunder den elektroniske genoptræningsplan.

▪ Træningsområdet

Genoptræningsområdet er et af de områder, hvor ansvarsfordelingen på baggrund af strukturreformen har ændret sig markant, idet kommunerne har overtaget ansvaret for den ambulante genoptræning.

Den del af den ambulante genoptræning, der defineres som specialiseret genoptræning skal foregå på hospital. På baggrund heraf er det væsentligt at have fokus på, hvad der er specialiseret henholdsvis almindelig ambulant genoptræning, hvorfor der er udarbejdet et snitfladekatalog, der specificerer den konkrete arbejdsdeling mellem parterne.

Den elektroniske genoptræningsplan er indeholdt i aftalen.

I forhold til opfølgningen er der indgået aftale med DSI, der vil lave en monitorering af genoptræningsområdet.

▪ Hjælpermiddelområdet

Aftalen beskriver arbejdsdelingen mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber. For at sikre sammenhæng og koordination er den såkaldte ”initiativpligt” et gennemgående princip. I denne forbindelse bliver der endvidere udarbejdet et hjælpemiddelkatalog, der afklarer en del af de gråzoneproblematikker, der er på området.

Afgrænsningscirkulæret fra 2006 er indarbejdet i den reviderede aftale, ligesom beslutningen om nedsættelse af et samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet er effektueret.

▪ **Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

Forebyggelse og sundhedsfremme er et nyt område at indgå aftaler om. Før strukturreformen har der ikke været formelle aftaler mellem sektorerne omkring forebyggende og sundhedsfremmende tiltag. Den reviderede aftale indeholder en konkretisering af definitionerne patient- og borgerrettet forebyggelse. Desuden nedsættes et regionalt råd for sundhedsfremme og forebyggelse.

▪ **Indsatsen for mennesker med sindslidelser**

Sundhedsaftalen på psykiatriområdet er noget mere omfattende end de andre sundhedsaftaler, blandt andet fordi den forholder sig til de andre obligatoriske områder. Området er kendetegnet ved et veludbygget samarbejde, som har eksisteret gennem flere år, og hvor der opbygget en høj grad af krav til samarbejdet. Der udarbejdet en psykiatriplan som den reviderede sundhedsaftale tager højde for.

Endvidere skal man være opmærksom på, at der på psykiatri- og socialområdet er etableret en styregruppe vedr. rammeaftaler. Det er aftalt, at denne styregruppe har en række fast koordineringsopgaver – bl.a. koordinationen mellem sundhedsaftalerne på psykiatri-området og rammeaftalen på det sociale område. Den overordnede koordination mellem kommunerne og regionen inden for både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien vil blive aftalt i den administrative styregruppe vedr. rammeaftaler.

De reviderede aftale indeholder en række redaktionelle og faktuelle ændringer. Desuden giver aftalen:

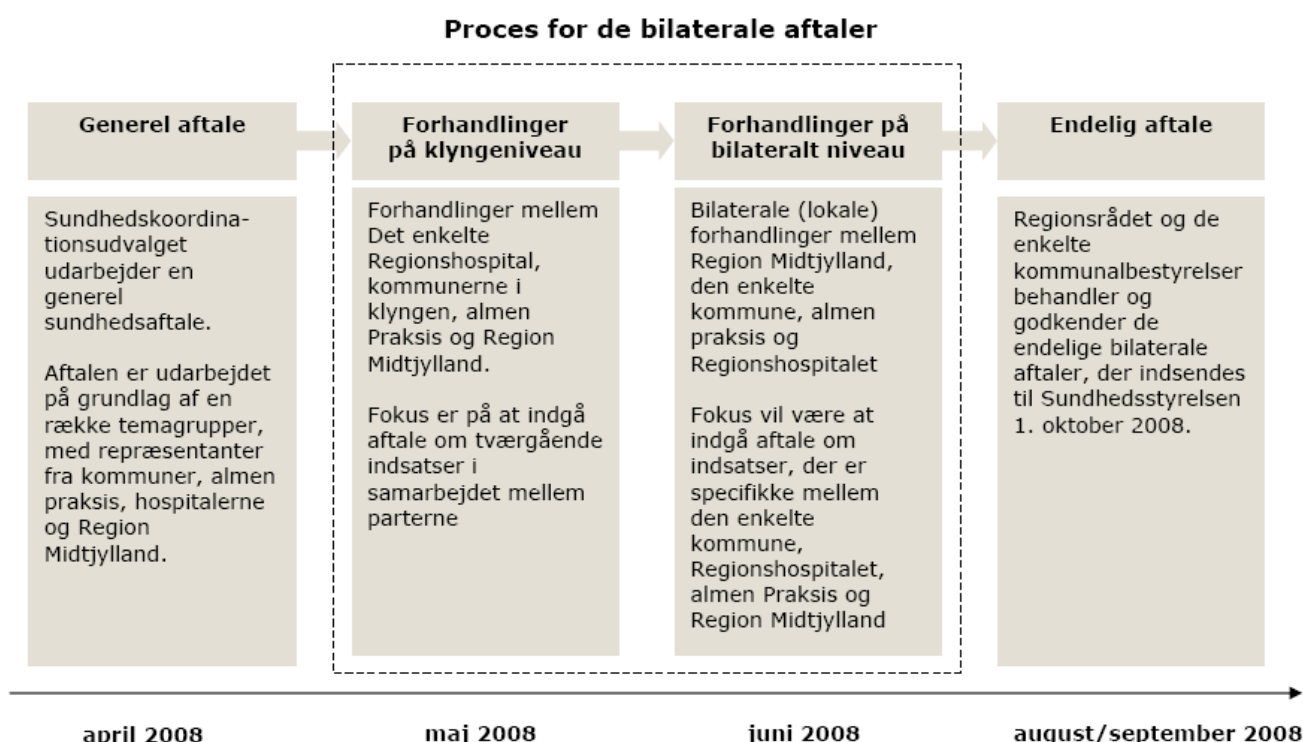
- En uddybende beskrivelse af arbejdsdelingen mellem kommuner og Region i forhold til indsatsen for mennesker med en kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug (dobbeltdiagnosepatienter)
- En uddybende beskrivelse af, hvordan Kommuner og Region sikrer, at der foretages en vurdering af behovet for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse
- En uddybende beskrivelse af, hvordan Kommuner og Region sikrer planlægning og kapacitet i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser gennem de lokale samarbejdsfora, som er etableret mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland, og på regionsniveau gennem den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen
- En uddybende beskrivelse af, hvordan kommuner og Region følger op på sundhedsaftalerne gennem de lokale samarbejdsfora, som er etableret mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland, og på regionsniveau gennem den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen

Plan for forhandlinger om de bilaterale sundhedsaftaler

Proces for revision af aftalerne på det somatiske område

På baggrund af den generelle aftale er der i maj 2008 afholdt en række "klyngemøder". En klynge er en gruppe af kommuner, der knytter op til et givent "kontakthospital". I disse klynger har parterne forhandlet sig frem til et aftalegrundlag, som alle kommuner i klyngen har kunnet godtage.

I maj og juni 2008 udarbejdede de enkelte kommuner, kontakthospitalet for kommunen og regionen den bilaterale aftale. Aftalen er efterfølgende politisk godkendt i Kommunalbestyrelse og Regionsråd.



Processen for psykiatrien

Aftalen på psykiatriområdet vil i modsætning til aftalerne på det somatiske område ikke blive behandlet på hverken klynge- eller bilateralt niveau. Den administrative styregruppe vedrørende rammeaftalen har i stedet bedt administrationen udarbejde en aftale, der udelukkende indeholder de ændringer, som Sundhedsstyrelsens kommentarer gav anledning til. Aftalen er endvidere udformet så den efterfølgende kan tiltrædes som bilateral aftale mellem kommuner og region med mulighed for at udarbejde lokale mere detaljerede aftaler i forbindelse med den lokale udmøntning af sundhedsaftalen.

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

Samarbejdet mellem kommunerne, praksis, hospitalerne og Region Midtjylland om sundhedsaftalerne har indtil nu været præget af at opbygge samarbejdsrelationer og strukturer på de obligatoriske indsatsområder.

I forbindelse med anden generation af sundhedsaftaler er det åbenlyst, at flere af de i dag frivillige temagrupper bør overgå til at være obligatoriske. Konkret vil man kunne pege på temagrupperne vedrørende kronisk syge samt svangre, børn og unge som fremtidige obligatoriske kapitler.

Udover den generelle styrkelse af samarbejdsrelationerne mellem de forskellige aktører på sundhedsområdet, vil inddragelsen af nye obligatoriske områder skabe en større politisk bevågenhed på vigtigheden af samarbejde i sundhedsaftale regi. Specielt vil man kunne forvente en vis politisk interesse for indsatsen mod kronisk sygdom fra kommunal side, da kronikker indsatsen i fremtiden vil blive en stadig større opgave for det kommunale sundhedsvæsen.

Forbedret elektronisk kommunikation mellem parterne, den økonomiske opfølgning og udvikling af sundhedshuse er endvidere områder, der fremover bør være fokus på i samarbejdet mellem praksis, kommuner og region.

Aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

1. Aftale om indlæggelsesforløb

Fælles målsætninger for det gode indlæggelsesforløb

- At der fra første patientkontakt sker medinddragelse af patient- og evt. pårørende i beslutninger i forbindelse med indlæggelsen, og patient og pårørende får den information, de har ret til, og er nødvendig som beslutningsgrundlag.
- At enhver borger/patient, der har behov for sundhedsfaglig udredning på hospital, får dette tilbud.
- At der i både kommunalt og regionalt regi findes udrednings- og behandlingstilbud som alternativ til indlæggelse på hospital, hvor dette ikke sundhedsfagligt er nødvendigt. Disse tilbud skal være kendte af det sundhedsfaglige personale i begge sektorer, og disse tilbud indgår i overvejelserne ved enhver indlæggelse.
- At sundhedspersonalet i primær og sekundær sektor hele tiden i et indlæggelsesforløb arbejder målbevidst med at kommunikere og koordinere med hinanden, så patient og eventuelt pårørende oplever kontinuitet i indlæggelsen.
- At ventetid til udredning og hospitalsbehandling til stadighed følger den aktuelle behandlingsgaranti og står i et rimeligt forhold til indlæggelsesdiagnose. Desuden skal der allerede før og ved indlæggelsen ske en hensigtsmæssig udnyttelse af sengedage på hospitalsafdelingerne.

Krav 1

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

1.1 Parternes tilgængelighed

1.1.1 Kommunens tilgængelighed for indlagte patienter

Såfremt en patient har behov for kontakt til dennes hjemkommune under indlæggelse hjælper patientens sundhedsfaglige kontaktperson med videreformidling af kontakttелефонnummer til kommunen. Her vil man henvise til den relevante afdeling, borgeren har behov for at tale med. Herved sikres, at kommunen er tilgængelig for dialog og spørgsmål fra patienten. [bilag 1.1]

1.1.2 Samarbejdspartneres indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Kontakten mellem samarbejdspartnerne sikres gennem en kontaktliste vedligeholdt af Region Midtjylland, der indeholder kontaktinformation på kommunerne i regionen. Listen kan anvendes af såvel hospitaler som praktiserende læger og vagtlæger, når de skal have kontakt til kommunernes visitation eller vagthavende sygeplejerske. Da

listen ikke skal være offentlig tilgængelig udsender Regionen listen pr. mail. Kommunerne i Region Midtjylland arbejder på en forenkling af deres kontaktinformation (eks.: FAX, Henvisning til GIS-kort, e-mail og telefon) så tilgængeligheden øges for praktiserende læger, vagtlæger og hospital. Listen skal udvikles og integreres i regionens e-Dok system, der er i drift primo 2009. [bilag 5.4] Alle parter vil have adgang til systemet døgnet rundt. Listen vil endvidere være tilgængelig i vagtlægesystemet.

FORSLAG TIL NY TEKST:

... [bilag 5.4]. "Efterfølgende vil de enkelte hospitalers kvalitetsafdelinger via e-Dok linke til en opdateret liste, vedligeholdt på regionens intranet."

1.2 De enkelte parter opgaver ved indlæggelser:

Der skelnes mellem følgende typer af indlæggelser:

- Planlagte
- Akutte indlæggelser.

Dette omfatter både patienter, der er selvhjulpne og patienter, der modtager kommunalt visiterede sundheds- og serviceydelser.

For overskuelighedens skyld vil der i det nedenstående blive taget udgangspunkt i det enkelte fagområdes (praktiserende læge, hjemmepleje og hospital) opgaver under de forskellige former for indlæggelser.

1.2.1 Praktiserende læges opgaver:

1.2.1.1 Ved planlagte og akutte indlæggelser:

Kommunikation med og information til borger:

- Patient/pårørende inddrages i indlæggelsesforløbet med deres viden og kompetencer, behov, og forventninger.
- Patient /påårørende er velinformeret (Indenrigs- og sundhedsministeriet: Sundhedsloven af 24. juni 2005, kapitel 5, § 16) om indlæggelsesdiagnose, evt. supplerende undersøgelser på hospitalet og behandlingsmuligheder samt risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling versus ikke behandling.
- Informere patienten om, at vedkommende skal medbringe egen medicin (ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker) og medtage evt. personligt tilpassede hjælpemidler.

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

- Overveje alternative indlæggelsesmuligheder – evt. i samarbejde med

kommunens vagthavende hjemmesygeplejerske.

- Udarbejder en fyldestgørende MedCom henvisning med de nødvendige oplysninger.
- Vurderer behovet for patienttransport i forbindelse med indlæggelsen. Link til: [Pjece om patienttransport]

1.2.1.2 Ved planlagte indlæggelser skal praktiserende læge tillige:

Kommunikation med og information til borger:

- Oplyse og rådgive borger/patient og evt. pårørende om frit sygehusvalg, ventetider, patientvejleder m.m.

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

- Sørge for, at alle observationer og forundersøgelser, som kan foretages i primær sektor og/eller ambulant på hospital, er udført inden indlæggelsen. Ved patienter, der modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp fra kommunen/privat leverandør kan hjemmesygeplejen inddrages i indlæggelsesforberedelserne.

1.2.2 Hjemmeplejens opgaver:

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

Kommunikation med og information til borger:

- Indhente borgerens samtykke til videregivelse af oplysninger til hospitalet
- Informere borgeren om det kommende indlæggelsesforløb og hjælper borgeren med specifikke problemstillinger i forbindelse med medbringelse af egen medicin ved indlæggelsen (Ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker) og evt. vedr. personligt tilpassede hjælpemidler.
- *Informere om den normale kommunale procedure ved indlæggelse af borgere herunder afbestilling af kommunale ydelser etc.*

Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter og foranstaltninger, der kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser:

- Overveje alternative kommunale muligheder for indlæggelse. Dette sker i samarbejde med praktiserende læge.
- Fremsende indlæggelsesrapport og/eller samarbejdsbog elektronisk eller pr. FAX. (MedCom rapport nr. 14) Heri indgår kontaktoplysninger til kommunen.
- *Der arbejdes aktivt på, at kommunikation med hospitalet kan foregå elektronisk via MedCom korrespondancemeddelelse.*
- Sørge for information om indlæggelsestidspunkt med henblik på afbestilling af kommunale serviceydelser.
- Afbestilling af kommunale serviceydelser, hvis dette ikke sker automatisk i forbindelse med modtagelse af indlæggelsesadvis fra hospitalet.

1.2.3 Hospitalets opgaver

1.2.3.1 Ved planlagte indlæggelser

Kommunikation med og information til borger:

- Tildele patienten en fast kontaktperson.
- Indhente patientens samtykke til indhentning af oplysninger fra egen læge og evt. kommunal hjemmepleje
- *Via "klar besked breve", der er en standardindkaldelse fra hospitalerne, informeres patienten bl.a. om hvilke forberedelsestiltag vedkommende evt. kan gøre inden operation/ behandling. I brevene informeres desuden om ventetidsgarantier og andre praktiske informationer.*
- *Såfremt en patient har behov for kontakt til dennes hjemkommune under indlæggelse hjælper patientens sundhedsfaglige kontaktperson med videreformidling af kontakttелефонnummer til kommunen, der siden henviser til den relevante afdeling, borgeren har behov for at tale med. Herved sikres, at kommunen er tilgængelig for dialog og spørgsmål fra patienten. [bilag 1.1]*

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

- Sikring af en hurtig og kompetent visitation af henviste patienter, så de fastsatte ventetider overholdes, jf. behandlingsgarantierne.
- Ved indlæggelsen foreligger der en tværfaglig udrednings- og behandlingsplan for patienten og evt. supplerende undersøgelsesresultater foreligger med kortest mulig ventetid.
- Fremsender indlæggelsesadvis elektronisk (MedCom rapport nr. 12) eller kontakter kommunen på anden vis.
- Varsler kommunen i god tid (jf. varslingsfrister), hvis patienten skønnes at få et funktionstab, som efterfølgende kræver en kommunal indsats.
- Ved behov for yderligere information fra praktiserende læge og/eller hjemmepleje kontaktes disse. Tidsfrist for tilbagemelding: inden 24 timer.

1.2.3.2 Ved akutte indlæggelser.

Kommunikation med og information til borger:

- Tildeler patienten en fast kontaktperson.
- Indhente patientens samtykke til indhentning/videregivelse af oplysninger til egen læge og evt. kommune
- *Såfremt en patient har behov for kontakt til dennes hjemkommune under indlæggelse hjælper patientens sundhedsfaglige kontaktperson med videreformidling af kontakttелефонnummer til kommunen, der siden henviser til den relevante afdeling, borgeren har behov for at tale med. Herved sikres, at kommunen er tilgængelig for dialog og spørgsmål fra patienten. [bilag 1.1]*

Andre opgaver – herunder kommunikation med andre parter samt foranstaltninger

der kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser:

- Hospitalerne i Region Midtjylland er i stand til at kommunikere via MedCom korrespondancemeddelelse. Parterne venter, at denne meddelelsestype er teknisk implementeret i 2008 i begge sektorer.
- Hurtig udredning af patienten, evt. via medicinsk visitationsafsnit (MVA)
- Underrette pårørende og egen læge og kommune hurtigst muligt efter indlæggelsen
- Ved indlæggelse afsender hospitalet indlæggelsesadvis til kommunen. Herved afbestilles kommunale serviceydelser automatisk

1.3 Elektronisk kommunikation med samarbejdsparter

Parterne er enige om at anvende elektroniske standarder fra MedCom til kommunikation i det omfang det er muligt, hensigtsmæssigt og teknisk implementerbart.

1.3.1 Hvad er MedCom?

MedCom er en projektorganisation, som finansieres af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Velfærdsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danmarks Apotekerforening. Organisationen beskæftiger sig med udarbejdelse af standarder for elektronisk kommunikation mellem parterne på sundhedsområdet. Læs mere på www.medcom.dk

MedCom har udarbejdet en række elektroniske standarder, der kan dække en stor del af kommunikationsbehovet i trekanten kommuner-hospitaler-praktiserende læger herunder:

- Indlæggelses- og udskrivningsadvis (hospital → kommune)
- Indlæggelses- og udskrivningssvar (kommune → hospital)
- Indlæggelsesrapport (kommune → hospital)
- Udskrivningsrapport (hospital → kommune)
- Varsling af færdigbehandling (hospital → kommune)
- Genoptræningsplan (Hospital → kommune og praksis)
- Korrespondancemeddelelse (hospital ↔ kommune ↔ praksis)

1.3.2 Basal kommunikation mellem parterne:

Flere steder fungerer den basale kommunikation mellem hospital og kommune elektronisk via MedComs indlæggelses- og udskrivningsadviser. Oplysningerne i meddelelserne danner grundlag for yderligere dialog mellem hospital og kommune om patientens tilstand. Denne form for kommunikation tilbydes til alle kommuner, der teknisk kan modtage den. For mere information kontakt Sundhedsinformatik i Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland.

Kommunikation mellem hospital og kommune skal endvidere forgå via elektroniske

korrespondancemeddelelser, der er fritekstmeddelelser, som både kommune og hospital kan modtage og sende. Den elektroniske udveksling af genoptræningsplaner vil i første fase benytte sig af dette format.

De ovenstående meddelelsestyper tilstræbes implementeret i 2008.

1.3.3 Genoptræningsplaner

Region Midtjylland forpligter sig til, at hospitalerne i Regionen kan udarbejde og afsende genoptræningsplaner elektronisk via MedCom standarden senest i oktober 2008. Kommunerne forpligter sig på samme måde til at kunne modtage planen elektronisk i deres elektroniske omsorgsjournal (EOJ). Afvigelser fra ovennævnte tidsplan aftales bilateralt.

1.3.4 Generelt

Et forpligtende samarbejde mellem region, hospitaler og kommuner er sat i værk i "Arbejdsgruppen for elektronisk kommunikation på sundhedsområdet i Region Midtjylland" [bilag 1.2]

1.3.5 Praktiserende læger

For praktiserende læger henvises til overenskomstens §39a vedrørende anvendelse af IT i almen praksis og §56a vedrørende IT-kommunikation med kommunen

1.4 Samarbejde om indlæggelse af patienter, der har "Åben indlæggelse"

Alle klynger i regionen følger udviklingen af "åbne indlæggelser". På klyngemøderne præsenterer hospitalerne oversigter over anvendelsen af "åbne indlæggelser".

Der er nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Region Midtjylland, hospitalerne og kommunerne, der har til opgave at analysere de eventuelle problemstillinger, der er forbundet med anvendelsen af "åbne indlæggelser".

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser, hvor hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen.

Krav 2

Hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

2.1 E-dok

Kommuner og Region vil i starten af 2009, når regionens e-Dok system er implementeret begynde at lægge lister over konkrete tilbud, der forebygger uhensigtsmæssige indlæggelser ind i systemet. Indtil da vil en samlet liste over de kommunale tilbud være tilgængelige på Region Midtjyllands hjemmeside og som bilag i nærværende aftale.

FORSLAG TIL NY TEKST:

Når regionens e-dok system er implementeret på hospitalerne primo 2009 vil hospitalerne begynde at lægge lister over konkrete tilbud i kommuner og hospitaler, der forebygger uhensigtsmæssige indlæggelser ind i systemet. Indtil da vil en samlet liste over de kommunale tilbud være tilgængelig på Region Midtjyllands hjemmeside og som bilag i nærværende aftale.

2.2 Kommunale tiltag, der kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser:

Kommunerne i Region Midtjylland har en lang række tiltag, der sigter mod at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

[Bilag 1.3]

2.3 Tiltag på hospitalerne, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

Der er en række lokale tværsektorielle initiativer i regi af de enkelte hospitaler, der sigter mod forebyggelse af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Region Midtjylland er ved at lave en kortlægning af samtlige udgående funktioner på hospitalerne.

Denne kortlægning vil blandt andet indeholde tilbud, der kan forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

2.4 Kendskab til tilbud og initiativer i regi af sundhedsaftalen

Kendskabet til aftalen sikres gennem udarbejdelse af en fælles pixi-udgave af sundhedsaftalen til personale i kommuner, på hospitaler og praksis, hvor sundhedsaftalens konkrete arbejdsrettede krav indgår (varslingsfrister, arbejdsprocedurer etc.). Pixi-udgaven fremmer implementeringen af retningslinjerne under krav 1, hvorved uhensigtsmæssige akutte indlæggelser kan reduceres. Håndbogen revideres i takt med, at sundhedsaftalerne ændres.

Der er nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra kommune, hospitaler og region, der varetager udarbejdelsen af pixiudgaven [Bilag 1.4].

Krav 3

Hvordan parterne følger op på aftalen

3.1 Opfølgning og implementering af aftalen fra regionalt niveau:

Der er udarbejdet en pixi-udgave af sundhedsaftalen til personale i kommuner, på hospitaler og praksis, hvor sundhedsaftalens konkrete arbejdsrettede krav indgår (varslingsfrister, arbejdsprocedurer etc.). Pixi-udgaven revideres i takt med, at sundhedsaftalerne ændres.

Intentionen er, at aftalen med pixi-udgaven af sundhedsaftalen implementeres bredt, og at uhensigtsmæssigheder i lokale arbejdsgange eller uhensigtsmæssigheder i aftaletekstens procedurekrav nemmere kan revideres. I den løbende revision af håndbogen vil eventuelle problematikker af redaktionel art eller i forhold til lokale arbejdsgange blive taget op.

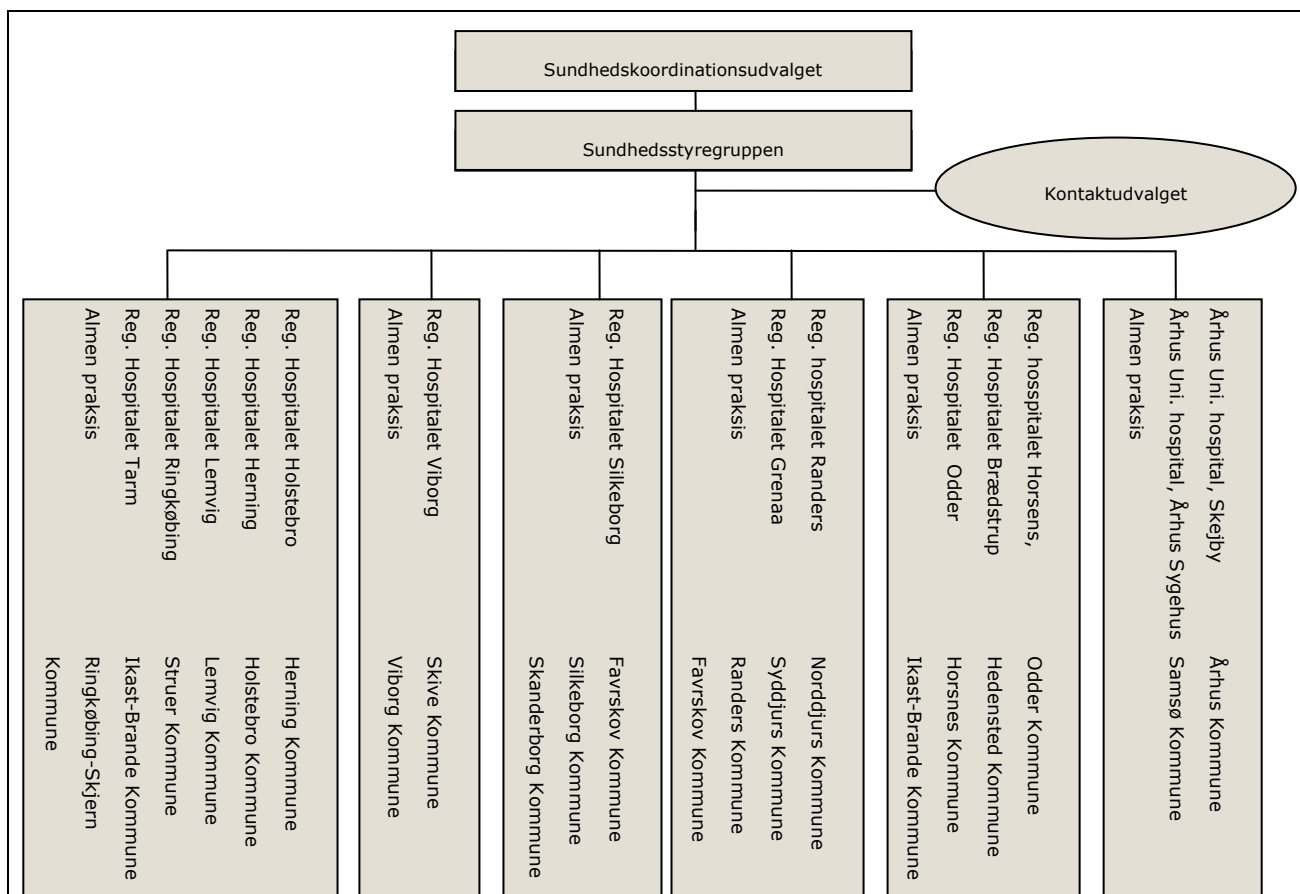
Der er nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra kommune, hospitaler og region, der varetager udarbejdelsen af pixiudgaven [Bilag 1.4].

3.2 Opfølgning fra lokalt niveau (klynger)

Omkring hvert hospital i regionen er der dannet klynger hvor de nærliggende kommuner, hospitalet og praksis mødes. Der er nedsat en styregruppe for sundhedsaftalen for hver klynge. Hospitalerne, praksis og kommunerne aftaler på klyngeniveau hvorledes, implementeringen af aftalens konkrete procedurer skal foregå. Det kunne for eksempel være gennem vidensdeling/kompetencudvikling mellem sektorerne.

På de halvårlige klyngemøder vil der som fast dagsordenspunkt være fremlæggelse og drøftelse af centrale nøgletal for hospitalernes indsats. Nøgletallene er udvalgt af en undergruppe til temagruppen for økonomi (se nedenfor). På længere sigt skal planen udvides med tal for kommunerne samt data fra den danske kvalitetsmodel (akkreditering). [Bilag:1.5]

Herunder følger en skematisk oversigt over klyngestrukturen:



3.2.1 Den enkelte klynges underliggende struktur:

Beskrives i de enkelte aftaler

3.3 Evaluering af aftalens enkeltdele

Hvert år sættes særligt fokus på et eller flere fælles regionale/kommunale evalueringsområder, hvor alle involverede (hospitaller/kommuner og evt. repræsentanter fra praksis) leverer data til en samlet evaluering. Indsatsområderne udpeges af den fælles kommunale/regionale Sundhedsstyregruppe og godkendes af Sundhedskoordinationsudvalget. Relevante aktører kan inddrages i arbejdet, hvis det skønnes at være nødvendigt.

De enkelte klynger forestår egne evalueringer på lokalt iværksatte projekter og samarbejdsrelationer.

3.4 Samarbejdsstruktur på økonomiområdet

Der er med strukturreformen lagt op til en omfattende afregning mellem kommunerne og regionen. Det er vigtigt at have fokus på det tættere samarbejde mellem kommunerne og regionerne, som også er en forudsætning i strukturreformen. Der er enighed om, at dette samarbejde skal være baseret på åbenhed med gensidig udveksling af forbrugsprognoser og budgetforudsætninger, samt gensidig orientering om nye tiltag.

Kommunerne henholdsvis Regionen er ansvarlig for egne budgetter og dermed for egne forventninger og forudsætninger. Der er derfor ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem Regionens indtægtsforventninger og kommunernes udgiftsforventninger til den kommunale medfinansiering; der udveksles budgetforudsætninger.

Til at varetage samarbejdet på økonomiområdet mellem kommune og region, er der nedsat en økonomigruppe med deltagelse af kommunale repræsentanter fra hver af de seks klynger, udpeget af KKR, repræsentanter fra hospitalerne samt repræsentanter fra Region Midtjylland. Under denne gruppe er der en arbejdsgruppe, som har deltagelse af repræsentanter fra alle 19 kommuner samt repræsentanter fra Region Midtjylland.

3.4.1 Temagruppen for økonomi

Temagruppen for økonomi skal have fokus på den økonomiske del af sundhedsaftalerne specielt med hensyn til opfølgning på økonomien og udviklingsperspektiver på økonomiområdet. Det betyder, at økonomigruppen kan vurdere de økonomiske aspekter af tiltag på de områder, der er dækket af sundhedsaftalerne.

Opgaven for temagruppen bliver at gennemgå nuværende aftaler, herunder bekendtgørelse og vejledning vedr. kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. Derudover kan temagruppen for økonomi også "sagsbehandle" emner til Sundhedsstyregruppen, ligesom Sundhedsstyregruppen har mulighed for at placere drøftelser i temagruppen.

Temagruppen for økonomi skal herudover beskrive følgende:

- De økonomiske dele af sundhedsaftalerne
- Hvordan kommunikation og information mellem kommuner og region skal foregå (Eks. nøgletal, Den Danske Kvalitetsmodel)
- Aspekter i forhold til afregningen af den kommunale medfinansiering
- Konsekvenser af økonomiaftaler og budgetlægning.
- Hvordan parterne sikres dialog omkring økonomien i forbindelse med den kommunale medfinansiering, udviklingstiltag og samarbejdsprojekter på sundhedsområdet

Af mere konkrete områder kan nævnes: Konsekvenser af ændringer i takstsystem, orientering om ændringer i region og kommuner, konsekvenser af økonomiaftale og budget, kronikerområdet og genoptræningsområdet.

Der er delt formandskab mellem kommuner og region.

Temagruppen for økonomi er sammensat af en kommunal ledelsesrepræsentant fra hver af de seks klynger, 2 ledelsesrepræsentanter fra hospitalerne samt tre repræsentanter fra Region Midtjylland

Sekretariatsbetjeningen varetages af afdelingen for sundhedsøkonomi i Region Midtjylland.

Der aftales som udgangspunkt 4 årlige møder.

3.4.2 Arbejdsgruppen for økonomi

Der er nedsat en "Arbejdsgruppe for økonomi", hvori alle kommuner deltager sammen med Region Midtjylland. Arbejdsgruppen for økonomi har dels fokus på kommunernes proces i forbindelse med budgetlægningsarbejdet for den del af sundhedsområdet, der har snitflader til regionerne, dels vil arbejdsgruppen i højere grad kunne foretage deltaljerede diskussioner på økonomiområdet op. Da "Arbejdsgruppen for økonomi" har repræsentation fra alle kommuner (fuldmægtig-/konsulentniveau) er det også et forum for udbredelse af en fælles forståelse for samspillet mellem den kommunale og regionale økonomi på sundhedsområdet.

Sekretariatsbetjeningen varetages af afdelingen for sundhedsøkonomi i Region Midtjylland. Der afholdes som udgangspunkt 4 møder i 2008 i Arbejdsgruppen for økonomi. Møderne er lagt så der bl.a. er mulighed for at diskutere de foreløbige og endelige budgetforslag, samt den endelige aftale mellem kommunerne, regionerne og regeringen. Møderne er lagt i relation til møderne i Økonomigruppen.

3.4.3 Styrkelse af dialog, åbenhed og samarbejde mellem kommuner og Region

Registrering og statistik

Regionen er forpligtet til at færdigregistrere patienter på hospitalerne så hurtigt det er muligt og senest sådan, at færdigregistreringerne for regnskabsåret kan være med i den endelige afregning, som foretages i marts i det efterfølgende år, jævnfør cirkulæret.

Region Midtjylland vil i udarbejde kvartalsvise prognoser, som udsendes til kommunerne. I sidste kvartal af 2008 vil disse være månedlige.

Disse udsendes til kommunerne hurtigst muligt efter at der forligger datasæt efter et endt kvartal/måned. Det aftales i arbejdsgruppen hvilke data der skal medtages i prognoserne.

Regionen vil, ved henvendelse til de centrale myndigheder, arbejde for, at der bliver mulighed for individbaserede oplysninger/statistikker, som det ønskes af kommunerne.

Der arbejdes på at udvikle statistikmateriale på området.

3.4.4 Gensidig orientering om nye tiltag

Kommunerne og Region Midtjylland forpligter sig til gensidigt at orientere om kommende tiltag, hvor der vil være afledte konsekvenser i forbindelse med den kommunale medfinansiering.

Orientering om væsentlige nye tiltag for 2009 skal så vidt muligt senest ske på mødet i juni 2008 af hensyn til den gensidige budgetlægning. Orientering om kommende tiltag afgives på møder i Økonomigruppen, men også på møderne mellem regionen og de enkelte kommuner. Det er meget vigtigt at der udover selve orienteringen sker en gensidig opfølgning på ændringerne.

Følgende eksempler kan nævnes: Udviklingen på psykiatriområdet og praksisområdet, regionens takstfinansieringsmodel, nye og ændrede behandlinger på

hospitalerne, ændret hospitalsstruktur og etablering/ændring af kommunale sundhedstilbud.

3.4.5 Fælles fokusområder

Fokusområde	Tidsramme	Beskrivelse	Opfølgning	Ansvarlig
Kronikerområdet	Aftaleperioden	Der er i Region Midtjylland fokus på kronikergrupperne, KOL, Hjerte og diabetes. Der er i regionen nedsat arbejdsgrupper som undersøger området.	I Økonomigrupperne vil der blive fulgt op på det som kommer fra kroniker-arbejdsgrupperne, hvis det kan have betydning for økonomien.	Region Midtjylland
Genoptræning	Aftaleperioden	Området følges løbende gennem 2008. DSI er med fælles finansiering mellem kommuner og region, i gang med at foretage en monitorering af området.	Regionen vil i løbet af året udsende opgørelser for genoptræningsområdet til kommunerne.	Region Midtjylland og kommunerne
Genindlæggelser	2008	Region Midtjylland vil, til møderne i juni 2008, komme med en opgørelse på af antallet af genindlæggelse på udvalgte områder.	På baggrund af opgørelsen, vil økonomigruppen tage stilling til, om der er behov for flere analyser på området.	Region Midtjylland
Sammedagsindlæggelser	2008	Region Midtjylland vil, til møderne i juni 2008, komme med en opgørelse over antallet af sammedagsindlæggelser på udvalgte områder.	På baggrund af opgørelsen, vil økonomigruppen tage stilling til, om der er behov for flere analyser på området.	Region Midtjylland
Overførsler mellem hospitalerne	2008 – 2009	Region Midtjylland vil, til møderne i juni 2008, komme med en opgørelse over omfanget af overførsler mellem hospitalerne.	På baggrund af opgørelsen, vil økonomigruppen tage stilling til, om der er behov for flere analyser på området.	Region Midtjylland
Færdigregistrering af patienter	Aftaleperioden	Det er et mål, at hospitalerne er færdige med at registrere patienterne i slutningen af januar/start februar.	Region Midtjylland udsender fejllister ultimo året.	Region Midtjylland

Afregning mellem kommunerne og region, se [Bilag 1.6]

Aftale om udskrivningsforløb – herunder svage ældre

2. Aftale om Udskrivningsforløb herunder svage ældre

Nærværende del af sundhedsaftalen er udvidet til også at omfatte den generelle udskrivning af patienter. Det vil sige både børn og unge, voksne og ældre, der har været indlagt på et somatisk hospital i regionen.

Fælles målsætninger for det gode udskrivningsforløb

- Region Midtjylland og kommunerne er enige om, at udvide aftalen, så den kommer til at dække alle udskrivninger, og ikke blot de svage ældre patienter.
- Patient og evt. pårørende er fra starten medinddraget i planlægningen af udskrivelse og i beslutninger i forbindelse hermed. (Sundhedsloven §16)
- Patient og pårørende har fået den information, som de ifølge sundhedslovens §16 har ret til, og er nødvendig som beslutningsgrundlag i forbindelse med ovenstående.
- At der i både kommunalt og regionalt regi findes forskellige behandlings- og rehabiliteringstilbud samt støtte- og omsorgstilbud, så patienter indlagt på hospital kan udskrives til fortsat behandling, rehabilitering og omsorgspleje i kommunalt og/eller regionalt regi lige så snart de er færdigbehandlet på hospitalet.
- At kommunalt og regionalt sundhedspersonale allerede ved indlæggelsen målbevidst kommunikerer og koordinerer med hinanden om udskrivelsen, så patient og eventuelt pårørende oplever kontinuitet i forløbet.

Krav 1

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

Der vil være forskellige behov for samarbejde mellem hospital, kommune og praktiserende læge, alt efter hvilke behov den enkelte patient har, herunder den svage, ældre patient. Det betyder, at der er nødvendigt at operere med forskellige typer af udskrivningsforløb og -former.

Ved udskrivningsforløb og -former drejer det sig om:

- Udskrivningsforløb for patienter med uændret funktionsevne – dvs. patienter med samme funktionsevne som ved indlæggelsen. Dette vil ske telefonisk, via FAX eller elektronisk avis.
- Udskrivningsforløb for patienter med nedsat funktionsevne – dvs. patienter, der som følge af den sygdom, de er blevet indlagt for, har fået nedsat deres funktionsevne i forhold til deres funktionsevne forud for indlæggelsen. Dette kan både foregå via telefonisk dialog eller udskrivningskonference. Dette aftales i det konkrete tilfælde.

1.1 Ansvars- og opgavefordeling i forbindelse med et udskrivningsforløb

I det følgende beskrives ansvars- og opgavefordelingen ved et udskrivningsforløb fordelt på udskrivningstype. Først beskrives generelle retningslinjer, der gælder for begge typer af udskrivningsforløb. Det er hospitalet, der har initiativpligten ved udskrivning.

1.1.1 Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb

Udskrivende afdeling:

- Inddrager patient og evt. pårørende i udskrivningsforløbet med deres viden og kompetencer, behov og forventninger.
- Sikrer tværfaglig og tværsektoriel planlægning af udskrivelse så tidligt som muligt under indlæggelsen.
- Inddrager sundhedspersonale i kommunerne så tidligt som muligt i planlægningen af udskrivelsen. Gennem hele indlæggelsen kan kommune og hospital kommunikere fra hospitalets Elektroniske patientjournal (EPJ) til kommunens Elektroniske omsorgsjourنال (EOJ) via MedCom korrespondancemeddelelse.
- Sender udskrivningsadvis elektronisk, pr. brev eller via FAX.
- Indhenter samtykke fra patienten til videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med udskrivning, hvis den kommunale hjemmesygepleje og/eller terapeut skal inddrages i behandlingen og/eller rehabiliteringen.
- Oplyser patient og evt. pårørende om, hvordan og hvornår kontaktpersonen på hospitalet kan kontaktes. [bilag 2.1]
- Sikrer, at praktiserende læge modtager relevante og fyldestgørende oplysninger om patienten ved udskrivelsen (epikrise), jf. tidsgrænser i kvalitetsmål.

1.1.2 Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med uændret funktionsevne.

Udskrivende afdeling:

- Sikrer, at patient og evt. pårørende er velinformede om diagnose, indsats for behandling og rehabilitering, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling versus ikke behandling, forebyggelsesmuligheder og muligheder for egen indsats.
- Udarbejder i samarbejde med patienten og evt. pårørende og visitator/hjemmesygeplejen en plan for behandling og rehabilitering for efterforløbet. Udskrivningstidspunkt aftales.
- Sikrer at praktiserende læge og visitator / hjemmesygeplejen modtager relevante og fyldestgørende oplysninger om indsatsen for patientens behandling og rehabilitering ved udskrivelsen, hvis de skal inddrages i denne.

1.1.3 Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med nedsat funktionsevne

Udskrivende afdeling:

- Sikrer, at patient og pårørende er velinformerede om diagnose, behandlings- og rehabiliteringsindsats, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling versus ikke behandling, støtte-, omsorgs- og forebyggelsesmuligheder samt muligheder for egen indsats (Shl. §16).
- Sikrer, at praktiserende læge og visitator/hjemmeplejen inddrages så tidligt som muligt i planlægningen af udskrivelsen ved enten telefonisk dialog/konference eller udskrivningskonference, afhængig af kompleksiteten.
- Udarbejder i samarbejde med patienten og evt. pårørende, praktiserende læge og hjemmepleje en plan for behandling og rehabilitering for efterforløbet. Udskrivningstidspunkt aftales. *For nogle behandlingsafsnit udarbejdes en rehabiliteringsplan. Dette sker f.eks. på Hammel Neurocenter, hvor rehabiliteringsplanen indeholder en samlet og tværfaglig beskrivelse af patientens status og behov for videre rehabilitering på udskrivelsestidspunktet.*
- Fremsender relevante og fyldestgørende oplysninger om patienten til praktiserende læge og hjemmepleje ved udskrivelsen enten elektronisk eller sendt pr. fax
- Inddrager visitator i ansøgning til kommunale tilbud med behov for funktionsvurdering, med henblik på midlertidigt eller varigt ophold på plejebolig, korttidsplads eller lignende.

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

Varsling foregår så vidt muligt elektronisk via MedCom rapport fra hospitalets Elektronisk Patientjournal. Hvor dette ikke er muligt, kan anvendes enten telefonisk besked, sikker e-mail eller FAX.

Hver klynge har udarbejdet oversigtsskemaer, der indeholder beskrivelse af varslingsfristerne. [bilag 2.2]

1.2.1 Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne:

- enkle sygeplejehandlinger, fx sårskift, poseskift, øjendrypning, når det drejer sig om plejehjælpemidler og sygeplejeartikler. Varsling senest mellem kl. 12.00 – 13.00 samme dag, som sygeplejedydelsen skal udføres.

1.2.2 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne

- Pleje/omsorg udført af hjemmehjælpere og/eller omfattende sygeplejehandlinger, hvor der er brug for plejehjælpemidler og sygeplejeartikler. Varsling senest 3 hverdage før udskrivning.

1.2.3 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne og behov for særlige hjælpemidler, der kræver forberedelsestid.

- Varsling senest 5 hverdage før udskrivning.

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

- Varsling 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 bør varslingen i forbindelse med udskrivning ske i tæt dialog mellem hospitalsafdeling og kommune.

1.3 Elektronisk kommunikation med samarbejdsparter

Parterne er enige om at anvende elektroniske standarder fra MedCom til kommunikation i det omfang det er muligt, hensigtsmæssigt og teknisk implementerbart.

1.3.1 Hvad er MedCom?

MedCom er en projektorganisation, som finansieres af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Velfærdsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danmarks Apotekerforening. Organisationen beskæftiger sig med udarbejdelse af standarder for elektronisk kommunikation mellem parterne på sundhedsområdet. Læs mere på www.medcom.dk

MedCom har udarbejdet en række elektroniske standarder, der kan dække en stor del af kommunikationsbehovet i trekanten kommuner-hospitaler-praktiserende læger herunder:

- Indlæggelses- og udskrivningsadvis (hospital → kommune)
- Indlæggelses- og udskrivningssvar (kommune → hospital)
- Indlæggelsesrapport (kommune → hospital)
- Udskrivningsrapport (hospital → kommune)
- Varsling af færdigbehandling (hospital → kommune)
- Genoptræningsplan (Hospital → kommune og praksis)
- Korrespondancemeddelelse (hospital ↔ kommune ↔ praktiserende læge)

1.3.2 Basal kommunikation mellem parterne:

Flere steder fungerer den basale kommunikation mellem hospital og kommune elektronisk via MedComs indlæggelses- og udskrivningsadviser. Oplysningerne i meddelelserne danner grundlag for yderligere dialog mellem hospital og kommune om patientens tilstand. Denne form for kommunikation tilbydes til alle kommuner, der teknisk kan modtage den. For mere information kontakt sundhedsinformatik i Region Midtjylland.

Kommunikation mellem hospital og kommune skal endvidere forgå via elektroniske korrespondancemeddelelser, der er fritekstmeddelelser, som både kommune og hospital kan modtage og sende. Den elektroniske udveksling af genoptræningsplaner vil i første fase benytte sig af dette format.

De ovenstående meddelelsestyper tilstræbes implementeret i 2008.

1.3.3 Genoptræningsplaner

Region Midtjylland forpligter sig til, at hospitalerne i Regionen kan udarbejde og afsende genoptræningsplaner elektronisk via MedCom standarden senest i oktober 2008. Kommunerne forpligter sig på samme måde til at kunne modtage planen elektronisk i deres elektroniske omsorgsjournal (EOJ). Afvigelser fra ovennævnte tidsplan aftales bilateralt.

1.3.4 Generelt

Et forpligtende samarbejde mellem region, hospitaler og kommuner er sat i værk i "Arbejdsgruppen for elektronisk kommunikation på sundhedsområdet i Region Midtjylland" [bilag 1.2]

1.3.5 Praktiserende læger

For praktiserende læger henvises til overenskomstens §39a vedrørende anvendelse af IT i almen praksis og §56a vedrørende IT-kommunikation med kommunen

1.4 Retningslinjer for særlige ydelser ved udskrivning

1.4.1 Medicin og udskrivning

Generelt: Patienter, der udskrives med ændret medicin, udskrives med recept og den mængde medicin, der rækker til, at medicinen kan fås på apoteket (f.eks. aftale med apotek om udbringning eller patient selv eller pårørende kan hente på apotek). Hospitalsafdelingen skal huske at give hjemmesygeplejen besked, hvis denne skal medvirke ved medicinadministration.

Hvis der under indlæggelsen sker ændring i medicinen til patienter, der er tilmeldt dosisdispensering, skal dosisdispenseringen afmeldes, da patientens medicinforløb går fra et stabilt til et ustabil forløb. Patienten overgår dermed til de generelle retningslinjer om medicin i forbindelse med udskrivning.

1.4.2 Lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivningen

Se aftale om genoptræning

1.4.3 Hjælpemidler og udskrivning

Se aftale om hjælpemidler

Krav 2

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

2.1 Parternes tilgængelighed

2.1.1 Kommunens tilgængelighed for indlagte patienter

Såfremt en patient har behov for kontakt til dennes hjemkommune under indlæggelse hjælper patientens sundhedsfaglige kontaktperson med videreformidling af kontakttelfonnummer til kommunen. Her vil man henvise til den relevante afdeling, borgeren har behov for at tale med. Herved sikres, at kommunen er tilgængelig for dialog og spørgsmål fra patienten.

2.1.2 Samarbejdspartneres indbyrdes tilgængelighed

Kontakten mellem samarbejdspartnerne sikres gennem en kontaktliste vedligeholdt af Region Midtjylland, der indeholder kontakthinformation på kommunerne i regionen. Listen kan anvendes af såvel hospitaler som praktiserende læger og vagtlæger, når de skal have kontakt til kommunernes visitation eller vagthavende sygeplejerske. Da listen ikke skal være offentlig tilgængelig udsender Regionen listen pr. mail. Kommunerne i Region Midtjylland arbejder på en forenkling af deres kontakthinformation (eks.: FAX, Henvisning til GIS-kort, e-mail og telefon) så tilgængeligheden øges for praktiserende læger, vagtlæger og hospital. Listen skal udvikles og integreres i regionens e-Dok system, der er i drift primo 2009. [bilag 5.4] Efterfølgende vil det være de enkelte hospitalers kvalitetsafdeling, der har ansvaret for at opdatere disse lister. Alle parter vil have adgang til systemet døgnet rundt. Listen vil endvidere være tilgængelig i vagtlægesystemet.

FORSLAG TIL NY TEKST:

... [bilag 5.4]. "Efterfølgende vil de enkelte hospitalers kvalitetsafdelinger via e-Dok linke til en opdateret liste, vedligeholdt på regionens intranet."

For yderligere information og formidling af relevante sundhedsfaglige oplysninger mellem parterne samt tilgængelighed for patienten henvises til punkterne under krav 1 om elektronisk kommunikation og varslingsfrister.

Krav 3

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

3.1 Daglig kapacitetstilpasning

Personale i kommuner og på hospital kommunikerer tæt sammen om den enkelte

borger med et kompliceret forløb, med funktionsnedsættelse og behov for ændret pleje i hjemmet.

Endvidere afholdes udskrivningskonferencer mellem hospital og kommune ligesom hospitalet varsler i god tid inden færdigbehandling. Se også: "generelle retningslinjer ved udskrivning" under krav 1.

Disse tiltag sikrer koordination af kapacitet på kort sigt, så patienter kan udskrives hurtigst muligt efter færdigbehandling.

Parterne har generelt en gensidig forpligtelse til løbende at holde hinanden orienteret om væsentlige ændringer, der påvirker de andre parter daglige arbejde.

Nedenfor er oplistet en række tiltag, der skal sikre, at parterne koordinerer deres kapacitet, så planlæggere på hospitaler og i kommuner kan justere kapaciteten for periodiske variationer.

3.2 Tiltag i kommunerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Se [bilag 2.3]

3.3 Tiltag på hospitalerne, der kan sikre hurtig udskrivning

Region Midtjylland er ved at lave en kortlægning af alle udgående funktioner på hospitalerne, denne kortlægning vil blandt andet omhandle tiltag, der sikrer hurtig udskrivning

3.4 Koordination og kommunikation mellem parterne

På de halvårlige klyngemøder, hvor Regionshospitalet indkalder kommunerne i klyngen, regionen samt repræsentanter fra de praktiserende læger er der som fast dagsordenspunkt:

- *Orientering om og diskussion af lokale tidsbegrænsede ændringer i kapaciteten, der har indflydelse på de andre parter daglige arbejde. Det aftales hvorledes parterne kan tilpasse sig den aktuelle situation.*

Lokalt er der etableret faglige arbejdsgrupper/følgegrupper, hvor fagpersonale i kommune og på hospital er i hyppigere kontakt om sundhedsaftalerne. (se lokal struktur i opfølgingsdelen)

Større permanente ændringer i den regionale eller kommunale struktur tages op i Sundhedsstyregruppen, der udarbejder overordnede planer for ændringerne. Klyngerne varetager den lokale implementering og udarbejdelse af plan herfor.

3.5 Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Der findes lokale samarbejdsaftaler fra de tidligere amter om udvalgte patientgrupper (døende, demente etc.). Disse aftaler fastholdes, indtil aftaler på regionalt niveau er udarbejdet.

3.6 Samarbejde om støtte til patienter i hjemme-posedialyse

Region Midtjylland vil støtte op om hjælp til borgere, der ønsker og har mulighed for at være i hjemme posedialyse.

Nogle patienter klarer selv opgaven. Andre patienter har behov for hjælp til til- og frakobling af dialyseapparatet m.m. I de situationer træder personale fra kommunens hjemmepleje til. Region Midtjylland betaler kommunen for disse ydelser. Der afregnes en gang årligt.

Hver kommune får på årsbasis udbetalt et nærmere aftalt beløb pr. borger i posedialyse. Der modregnes betaling for de eventuelle dage, borgeren ikke modtager hjælp til posedialyse fra kommunen – herunder indlæggelse på hospitalet. Taksten reguleres løbende med prisudvikling og efter nærmere aftale mellem parterne.

Den gældende takst for 2007 er 120.000 kroner

Krav 4

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Se krav 3 under "indlæggelse"

Aftale om Træningsområdet

3. Aftale om træningsområdet

Krav 1

Den arbejdsdeling, som er aftalt mellem regionen og kommunerne i forhold til levering af genoptræning til borgere efter udskrivning fra sygehus samt beskrivelse af arbejdsdeling aftalt med tredje part.

1.1 Fælles målsætninger for genoptræningsområdet

Regionen og kommunerne i regionen er enige om, at det er vigtigt at følge genoptræningsområdet tæt – både lokalt i de bilaterale sundhedsaftaler, regionalt og nationalt.

Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for den ambulante genoptræning efter udskrivning, og det er hospitalslægerne, som lægefagligt vurderer borgernes behov for genoptræning efter hospitalsbehandling ved at udarbejde en genoptræningsplan. Kommunernes styringsmuligheder er reelt begrænsede. Regionen og kommunerne er opmærksomme på denne problemstilling.

Regionen og kommunerne vil i de bilaterale sundhedsaftaler sikre, at der løbende er dialog omkring og registrering/dokumentation af:

- Hvor mange borgere der modtager genoptræningsplan
- Hvilke diagnoser har de borgere, som tilbydes genoptræning, henholdsvis som specialiseret ambulant genoptræning og almindelig ambulant genoptræning

Samtidig vil regionen og kommunerne sikre, at

- Regionens varsler kommunerne i tilfælde af en aktivitetsstigning/øget antal operationer
- Regionens varsler kommunerne, hvis der sker ændringer i behandlingsformer, som har afledte virkninger på genoptræningsområdet
- Kommunerne varsler regionen om hjemtrækning af genoptræningsopgaver.

Dialogen og til stadighed korrekt registrering og dokumentation af genoptræningsaktiviteten skal sikre, at der med strukturreformen ikke sker en utilsigtet serviceudvidelse.

Ifølge sundhedsloven har kommunerne myndigheds- og finansieringsansvaret for den ambulante genoptræning efter udskrivning.

Den ambulante genoptræning kan være henholdsvis specialiseret (udføres på et hospital) og almindelig (udføres i kommunalt regi) ambulant genoptræning. Det er en lægefaglig vurdering, om den ambulante genoptræning efter udskrivning er specialiseret eller almindelig. Vurderingen fremgår af genoptræningsplanen. Det er

kommunen, der har ansvaret for serviceniveauet for den almindelige ambulante genoptræning - indenfor genoptræningsplanens rammer.

1.2 Specialiseret ambulant genoptræning

Som det fremgår af bekendtgørelsens § 2, stk. 4, skal genoptræning ydes på et hospital i en af følgende situationer:

- Hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- Hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i hospitalsregi, eksempelvis den første periode af et hjerterehabiliteringsforløb.

Det, der er afgørende for, om en ambulant genoptræningsopgave skal placeres på et hospital, er tilstandens kompleksitet/borgerens funktionsevne. Sygdommen eller sygdommens sværhedsgrad vil sjældent alene kunne afgrænse opgaveplaceringen.

1.3 Almindelig ambulant genoptræning

Den almindelige ambulante genoptræning kan foregå uden supervision af speciallæge eller uden brug af hospitalsudstyr.

Kommunen kan vælge at løse opgaven ved egne institutioner eller ved at købe genoptræningsydelsen ved hospitalerne, hos privat praktiserende fysioterapeuter eller andre udbydere.

X Kommune varetager den almindelige ambulante genoptræningsopgave på følgende måde (Det skal fremgå hvilke genoptræningsopgaver, der tilbydes ved kommunens egne genoptræningscentre, privatpraktiserende fysioterapeuter og/eller hospitaler):

.....

Vedlagte [bilag 3.1] viser oversigt over kommunernes overtagelse af opgaver på genoptræningsområdet pr. 1. april 2008.

1.4 Opgavefordeling

Den konkrete arbejdsdeling mellem den enkelte kommune og regionen aftales ud fra lokale vilkår og hidtidige gældende praksis.

Kommunerne og regionen har i fællesskab udarbejdet et vejledende snitfladekatalog

for opgavefordelingen mellem specialiseret ambulant genoptræning (som varetages på hospitalerne) og almindelig ambulant genoptræning (som varetages i kommunalt regi).

Det fremgår af de bilaterale sundhedsaftaler, hvis kommunerne har konkrete planer om overtagelse af yderligere almindelige ambulante genoptræningsopgaver.

Snitfladekataloget kan findes på Region Midtjyllands hjemmeside under genoptræning [\[link\]](#)

Hvis der opstår uenighed mellem kommunerne og hospitalerne om opgavefordelingen afgøres problemerne bilateralt.

1.5 Hjerneskadeområdet

Det regionale hjerneskadesamråd er oprettet i begyndelsen af 2008. Det er sammensat af kommunale og regionale fagfolk med en bred erfaring og viden om indsats og tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade.

Hjerneskadesamrådet har følgende opgaver:

- At bidrage til koordination og sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen for borgere med erhvervet hjerneskade i Region Midtjylland på et generelt og overordnet organisatorisk plan
- At komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres gode og sammenhængende patientforløb for borgere med hjerneskade
- At medvirke til at skabe rammer for, at der kan udvikles specialiserede tilbud til personer med erhvervet hjerneskade – og bidrage til at udbrede kendskabet til de eksisterende tilbud til målgruppen
- At sikre kompetenceudvikling for det personale, som arbejder med borgere med erhvervet hjerneskade
- At afholde ERFA-møder for personale i kommuner og region, som arbejder med borgere med erhvervet hjerneskade
- At have indsatsen i forhold til pårørende til borgere med erhvervet hjerneskade som et selvstændigt indsatsområde.

Kommunerne udpeger hver en medarbejder, som er koordinator på hjerneskadeområdet. Denne medarbejder forventes at have kompetence/adgang til at koordinere de ofte langvarige og komplekse forløb, hjerneskadede og deres familier skal igennem.

Regionalt Sundhedssamarbejde fungerer som tovholder i det kommunale netværk af koordinatore og sørger herigennem for stadig opdatering af den faglige udvikling.

Krav 2

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

2.1 Genoptræningsplan

Det fremgår af "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus", at Regionsrådet skal tilbyde en individuel genoptræningsplan til borgere, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital. Hospitalet udarbejder genoptræningsplanen.

Borgeren skal være med til at fastlægge indholdet af genoptræningsplanen. Genoptræningsplanen skal formuleres i et sprog, som borgeren kan forstå, dvs. at fagudtryk skal forklares. Borgeren skal senest ved udskrivning have udleveret genoptræningsplanen.

I Region Midtjylland anvender hospitalerne MedComs skabelon for en genoptræningsplan [bilag 3.2].

Kopi af operationsbeskrivelsen og anden relevant information om borgeren, eksempelvis testresultater, kan vedlægges genoptræningsplanen jf. § 41 i Sundhedsloven. Endvidere sender hospitalet efter aftale med borgeren genoptræningsplanen til bopælskommunen senest ved borgerens udskrivning.

Hospitalet sender efter aftale med borgeren genoptræningsplanen til borgerens egen læge.

Hvis borgeren har behov for *specialiseret ambulant genoptræning*, sendes genoptræningsplanen derudover efter aftale med borgeren til det valgte hospital, som skal udføre genoptræningen.

Hvis borgeren kun har behov for egentræning efter udskrivning fra hospital, har det regionshospital, som udskriver borgeren med behov for egentræning, også ansvaret for at yde borgeren den nødvendige instruktion om egentræning. Modtager borgeren varige ydelser fra bopælskommunen (personlig pleje og vederlagsfri fysioterapi), eller har borgeren i forbindelse med udskrivningen behov for midlertidig hjælp fra bopælskommunen, skal det udskrivende hospital udarbejde en genoptræningsplan med oplysning om egentræningsbehovet og instruktion. Genoptræningsplanen fungerer i dette tilfælde ikke som en lægelig henvisning af den enkelte borger til genoptræning i kommunalt regi, men har alene til formål at understøtte borgerens egentræning samt informere borgerens egen læge og kommunen.

Når et genoptræningsforløb indeholder både et specialiseret og et almindeligt ambulant forløb, skal det hospital, som varetager den specialiserede ambulante genoptræning, udfærdige en afsluttende status over det specialiserede forløb. Dette gøres inden/samtidigt med, at borgeren overgår til almindelig ambulant genoptræning. Den afsluttende status sendes til kommunen.

2.1.1 Genoptræningsplan efter udskrivning fra andet offentligt hospital end hjemhospitalet (lands- landsdelsbehandling eller frit valg)

Hjemhospitalet er det hospital tættest på borgeren, som kan varetage genoptræningsopgaven.

Det hospital, som har behandlet borgeren, udarbejder en genoptræningsplan.

Ved specialiseret ambulant genoptræning sender det udskrivende hospital genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til det hospital, som skal varetage genoptræningen. Kopi af genoptræningsplan sendes efter aftale med borgeren til bopælskommunen.

Ved almindelig ambulant genoptræning sender det udskrivende hospital genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til bopælskommunen, som varetager genoptræningen.

Hospitalet sender efter aftale med borgeren genoptræningsplanen til borgerens egen læge.

2.1.2 Genoptræningsplan efter udskrivning fra privathospital (udvidede frie sygehusvalg)

I situationer, hvor en borger bliver udskrevet fra et privathospital efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, vurderer privathospitalet behovet for en genoptræningsplan og udarbejder på det grundlag eventuelt en genoptræningsplan. Tilsvarende gælder, hvor en borger bliver udskrevet fra et af de i sundhedslovens § 79 omtalte private specialsygehuse m.v.

Hvis privathospitalet udarbejder en genoptræningsplan til specialiseret ambulant genoptræning, sender privathospitalet genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til hjemhospitalet. Kopi af genoptræningsplan sendes efter aftale med borgeren til bopælskommunen og egen læge.

Hvis privathospitalet udarbejder en genoptræningsplan til almindelig ambulant genoptræning sender privathospitalet genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til bopælskommunen, som varetager genoptræningen, samt til egen læge.

2.1.3 Genoptræningsplan efter udskrivning fra privathospital (egenbetaling)

I situationer, hvor en borger bliver udskrevet fra et privathospital, efter at borgeren

har modtaget behandling for egen regning, kan privathospitalet henvise borgeren til bopælsregionens hospitalsvæsen med henblik på vurdering af et eventuelt behov for en genoptræningsplan og efterfølgende gratis, ambulant genoptræning.

2.1.4 Tidsfrist for første kontakt til borgeren efter udskrivning

For at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet skal bopælskommunen (ved almindelig ambulant genoptræning) eller hospitalet (ved specialiseret ambulant genoptræning) kontakte borgeren med henblik på tilrettelæggelse af det videre genoptræningsforløb. Borgeren skal kontaktes senest 3 hverdage efter, *at borgeren og kommunen/hospitalet har modtaget genoptræningsplanen*. Når genoptræningsplanerne kan sendes elektronisk fra hospitalerne til kommunerne, vil borgerne og kommunerne modtage genoptræningsplanerne på stort set samme tid.

Kommunen (ved almindelig ambulant genoptræning) eller hospitalet (ved specialiseret ambulant genoptræning) har et beredskab, som varetager den videre genoptræning på et fagligt forsvarligt niveau, hvis borgerens tilstand kræver, at genoptræningsforløbet fortsætter umiddelbart efter udskrivelsen.

2.1.5 Varsling af bopælskommune og hospital

Bopælskommunen og hospitalets relevante terapiafdeling skal have mulighed for at planlægge genoptræningsforløbet for den enkelte borger efter udskrivningen.

Ved planlagte kontakter, hvor der forventes et genoptræningsforløb efter udskrivningen, informeres bopælskommunen og hospitalets terapiafdeling om følgende:

- Cpr.nr.
- Diagnose
- Eventuelt operationstype
- Dato for eventuel operation
- Forventet dato for udskrivning

Informationerne sendes til bopælskommunen og hospitalets terapiafdeling samtidig med, at indkaldelsesbrevet sendes til borgeren.

Ved akutte hospitalskontakter, hvor der forventes et genoptræningsforløb efter udskrivningen, informeres bopælskommunen og hospitalets terapiafdeling hurtigst muligt efter kontakten om følgende:

- Cpr.nr.
- Diagnose
- Eventuel operationstype
- Dato for eventuel operation
- Forventet dato for udskrivning

2.1.6 Gensidig information mellem bopælskommune og hospital

Kommune og region kan nærmere aftale behov for udveksling af slutstatus ved afslutning af borgeres genoptræningsforløb.

2.1.7 Information til de praktiserende læger

En kopi af genoptræningsplanen skal senest ved borgerens udskrivning sendes til borgerens egen læge efter aftale med borgeren.

Det aftales bilateralt, om slutstatus fremsendes til borgerens egen læge, når den foreligger.

2.2 Kontaktpersonordning

Hospitalet og kommunen skal hver udpege en kontaktperson med ansvar for koordinering af genoptræningsforløbet i forbindelse med udskrivning af patienter med et genoptræningsbehov.

Kontaktpersonordningen skal sikre, at borgeren gennem hele forløbet let kan få information om genoptræningen og ved, hvem han/hun skal kontakte for at få den ønskede information om sit genoptræningsforløb. Herudover skal ordningen sikre, at de kommunale terapeuter og herunder eventuelle private leverandører, hospitalets terapeuter og læger ved, hvem de skal kontakte, med henblik på at sikre koordination af genoptræningsforløbet efter udskrivning.

Der er tre elementer i kontaktpersonordningen:

- 1) Den terapeut/læge, som udarbejder genoptræningsplanen*
- 2) Den kommunale visitation/koordinator*
- 3) Den trænende terapeut i det ambulante forløb*

1: Den terapeut/læge, som udarbejder genoptræningsplanen. Denne person er borgerens regionale kontaktperson i forhold til den almindelige og specialiserede ambulante genoptræning. Patienten informeres mundtligt herom, når genoptræningsplanen udarbejdes. Terapeutens/lægens navn, titel, afdeling, hospital, telefonnummer og evt. e-mailadresse fremgår af genoptræningsplanen.

2: Den kommunale visitation/koordinator, som modtager genoptræningsplanen. Visitationen/koordinatoren er borgerens kommunale kontaktperson i forhold til den almindelige og specialiserede ambulante genoptræning. Patienten informeres mundtligt herom, når genoptræningsplanen udarbejdes. Adresse, telefonnummer og eventuelt e-mailadresse på den kommunale visitation/koordinator fremgår af genoptræningsplanen.

3: Den trænende terapeut i kommunen, på hospitalet eller i praksissektoren. Når genoptræningsforløbet tilrettelægges, informeres borgeren om hvilken terapeut, som udfører genoptræningen. I den forbindelse udleveres navn, titel, adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse på den trænende terapeut skriftligt til patienten.

Al kontakthinformation skal formidles skriftligt og/eller mundtligt til borgeren.

Af hensyn til at sikre koordinationen mellem samarbejdsparterne er der udarbejdet nedenstående tre oversigter. Parterne forpligter sig til at melde ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde, som opdaterer oversigterne og offentliggør dem på www.rm.dk.

Vedlagte [bilag 3.3] indeholder en oversigt over kontakthinformationer på de kommunale visitationer/koordinatorer.

Vedlagte [bilag 3.4] indeholder en oversigt over kontakthinformationer på hospitalernes terapiafdelinger.

Vedlagte [bilag 3.5] indeholder en oversigt over praksiskonsulenterne for de privatpraktiserende fysioterapeuter.

2.3 Elektronisk kommunikation

Kommunikation mellem hospital og kommune skal foregå via elektroniske korrespondancemeddelelser, der er fritekstmeddelelser, som både kommuner og hospitaler kan modtage og sende. Den elektroniske udveksling af genoptræningsplaner vil i første fase benytte sig af dette format.

De ovenstående meddelelsestyper skal teknisk og organisatorisk implementeres i 2008.

Hospitalerne er forpligtede til at udarbejde og afsende genoptræningsplaner elektronisk via MedCom standarden senest i oktober 2008. Det er endnu ikke afklaret, hvornår alle kommunerne kan modtage planen elektronisk i deres EOJ.

I de bilaterale aftaler præciseres det, hvornår de enkelte kommuner er klar til at modtage elektroniske genoptræningsplaner.

Parterne forpligter sig endvidere til at benytte MedCom standarder til al kommunikation i det omfang dette er muligt og implementerbart.

For praktiserende læger henvises til § 39a og § 56a i Landsoverenskomst om almen lægegerning.

Et forpligtende samarbejde mellem region, hospitaler og kommuner er sat i værk i "Arbejdsgruppen for elektronisk kommunikation på sundhedsområdet i Region Midtjylland".[bilag 1.2]

2.4 Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i

genoptræningsforløbet

Hospitalet og kommunerne aftaler lokalt, hvordan dialogen omkring afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder løbende skal være i genoptræningsforløbet.

Krav 3

Hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.

Borgere, der efter udskrivning fra et hospital har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret genoptræning, kan vælge mellem enhver regions hospitaler. En hospitalsafdeling kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage fritvalgsborgere, der har bopæl i en anden region.

Borgere, der efter udskrivning fra et hospital har et lægefagligt begrundet behov for almindelig ambulant genoptræning, kan vælge mellem de genoptræningstilbud, bopælskommunen har etableret ved egne institutioner eller har indgået aftaler om med andre myndigheder eller private. Borgerne kan også vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner. En kommune kan af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage fritvalgsborgere, der har bopæl i en anden kommune.

Ifølge vejledning om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fra 2006 skal bopælskommunen informere borgeren om det frie valg. Dette sikres ved, at hospitalet udleverer et informationsbrev om det frie valg til borgeren (specialiseret genoptræning og almindelig ambulant genoptræning). Informationsbrevet udleveres sammen med genoptræningsplanen. Hospitalet og bopælskommunen er forpligtet til at efterkomme borgerens valg af genoptræningsinstans indenfor lovgivningens rammer. Vedlagt er informationsbreve om det frie valg vedrørende henholdsvis almindelig og specialiseret ambulant genoptræning (bilag 3.6 og bilag 3.7), indkaldelsesbrev til specialiseret ambulant genoptræning (bilag 3.8), *samt informationsbrev vedrørende egentræning (bilag 3.9 og 3.10).*

3.1 Almindelig ambulant genoptræning

Senest 3 hverdage efter modtagelsen af genoptræningsplanen, kontakter bopælskommunen borgeren med henblik på tilrettelæggelse af genoptræningsforløbet. Bopælskommunen informerer i den forbindelse borgeren skriftligt om sine genoptræningstilbud. Informationen vedr. genoptræningsforløbet indeholder følgende oplysninger:

- Information om, at målet for genoptræningen fastlægges sammen med borgeren
- Geografisk placering af genoptræningssted
- Varighed af genoptræningsforløbet (overordnet standard)
- Hvilke(n) faggruppe(r) som forestår genoptræningen
- Offentlig eller privat leverandør
- Ventetid

Kommunerne kan vælge at offentliggøre en oversigt over kommunens generelle genoptræningstilbud, herunder oplysninger om genoptræningstilbudenes målgrupper, indhold, visitation og ventetid på kommunens hjemmeside.

Det skal fremgå i informationsbrevet, at borgeren få dage efter modtagelsen af informationsbrevet skal kontakte bopælskommunen, hvis borgeren ikke ønsker at anvende bopælskommunens genoptræningstilbud. Det skal endvidere fremgå af informationsbrevet, at hvis bopælskommunen ikke kontaktes af borgeren indenfor tidsfristen, indkalder bopælskommunen borgeren til en forundersøgelse hos en terapeut, idet det forudsættes, at borgeren har accepteret bopælskommunens genoptræningstilbud.

Ønsker borgeren information om genoptræning i en anden kommune, må borgeren selv søge informationer om genoptræningstilbudene i en anden kommune.

Ønsker borgeren at gøre brug af det frie valg og modtage genoptræning i en anden kommune end bopælskommunen, fremsender bopælskommunen kopi af genoptræningsplanen til genoptræningsstedet efter aftale med borgeren.

3.2 Specialiseret genoptræning

Når bopælshospital, eller det hospital, borgeren behandles på, udleverer genoptræningsplanen til borgeren, informerer hospitalet skriftligt borgeren om genoptræningstilbudet i hospitalsregi. Informationen om genoptræningsforløbet indeholder følgende oplysninger:

- Information om, at målet for genoptræningen fastlægges sammen med borgeren
- Geografisk placering af genoptræningssted
- Varighed af genoptræningsforløbet
- Hvilke(n) faggruppe(r) som forestår genoptræningen
- Holdtræning, individuel træning eller selvtræning
- Ventetid

Hospitalerne kan offentliggøre en oversigt over deres generelle genoptræningstilbud, herunder oplysninger om genoptræningstilbudenes målgrupper, indhold, visitation og ventetid på www.sundhed.dk

Det skal fremgå af informationsbrevet, at borgeren få dage efter modtagelsen af informationsbrevet skal kontakte hjemhospitalet, hvis borgeren ikke ønsker at anvende hjemhospitalets genoptræningstilbud. Det skal endvidere fremgå af informationsbrevet, at hvis hjemhospitalet ikke kontaktes af borgeren indenfor tidsfristen, indkalder hjemhospitalet eventuelt borgeren til en forundersøgelse hos en terapeut, idet det forudsættes, at borgeren har accepteret hjemhospitalets

genoptræningstilbud.

Ønsker borgeren information om genoptræningstilbud på et andet hospital, må borgeren selv søge informationer om genoptræningstilbudene på et andet hospital, eventuelt via regionens patientvejlederkontor.

Ønsker borgeren at gøre brug af det frie sygehusvalg og modtage genoptræning på et andet hospital, fremsender hjemhospitalet kopi af genoptræningsplanen til det valgte hospital efter aftale med borgeren.

3.3 Ventetid

Som udgangspunkt defineres ventetid af kommunerne og regionen som den tid, der går, fra borgeren udskrives fra hospital til genoptræningsforløbet starter. Hvis borgeren eksempelvis af hensyn til helingsprocessen skal vente f.eks. 5 uger, førend genoptræningen må påbegyndes, er de 5 uger ikke en del af ventetiden.

Ventetid kan oplyses på kommunernes og hospitalernes hjemmesider.

Krav 4

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

4.1 Løbende sikring af kapaciteten

Hvis regionen (hospitalet) planlægger afvigelser fra det forventede, f.eks. ved øgning af specifikke operationer, der kræver almindelig ambulant genoptræning, har regionen (hospitalet) ansvar for at sikre sig, at kommunerne har mulighed for at planlægge tilvejebringelse af den nødvendige genoptræningskapacitet. Tilsvarende har kommunerne ansvar for at sikre, at hospitalerne varsles om hjemtagelsesprojekter.

Varslingsfristen er som udgangspunkt 6 måneder. Andre varslingsfrister aftales bilateralt.

Den løbende sikring af kapaciteten forudsætter som minimum, at

- hospitalerne registrerer den specialiserede genoptræning mht.:
 - CPR-nr.
 - Bopælskommune
 - Patientgruppe
 - Leverede ydelser
- kommunerne registrerer den almindelige genoptræning mht.:
 - CPR-nr.

- Hospital/afdeling, der har udfærdiget genoptræningsplanen
- Patientgruppe
- Leverede ydelser
- Hvem der leverer ydelsen (praktiserende fysioterapeut, hospital, kommune, privat etc.)

På basis heraf kan der udarbejdes kommune- og hospitalsspecifikke opgørelser, og den bilaterale aftale kan udfærdiges jf. krav 1.

4.1.1 Koordination på klyngemøder

På de halvårlige klyngemøder, hvor Regionshospitalet indkalder kommunerne i klyngen, regionen samt repræsentanter fra de praktiserende læger, er der som fast dagsordenspunkt:

"Orientering om og diskussion af lokale ændringer i kapaciteten, som har indflydelse på de andre parter daglige arbejde".

Større ændringer i den regionale struktur, specialeplanlægning etc. viderekommunikeres/sendes i høring på regionalt plan.

4.1.2 Kommunikation med andre regioner:

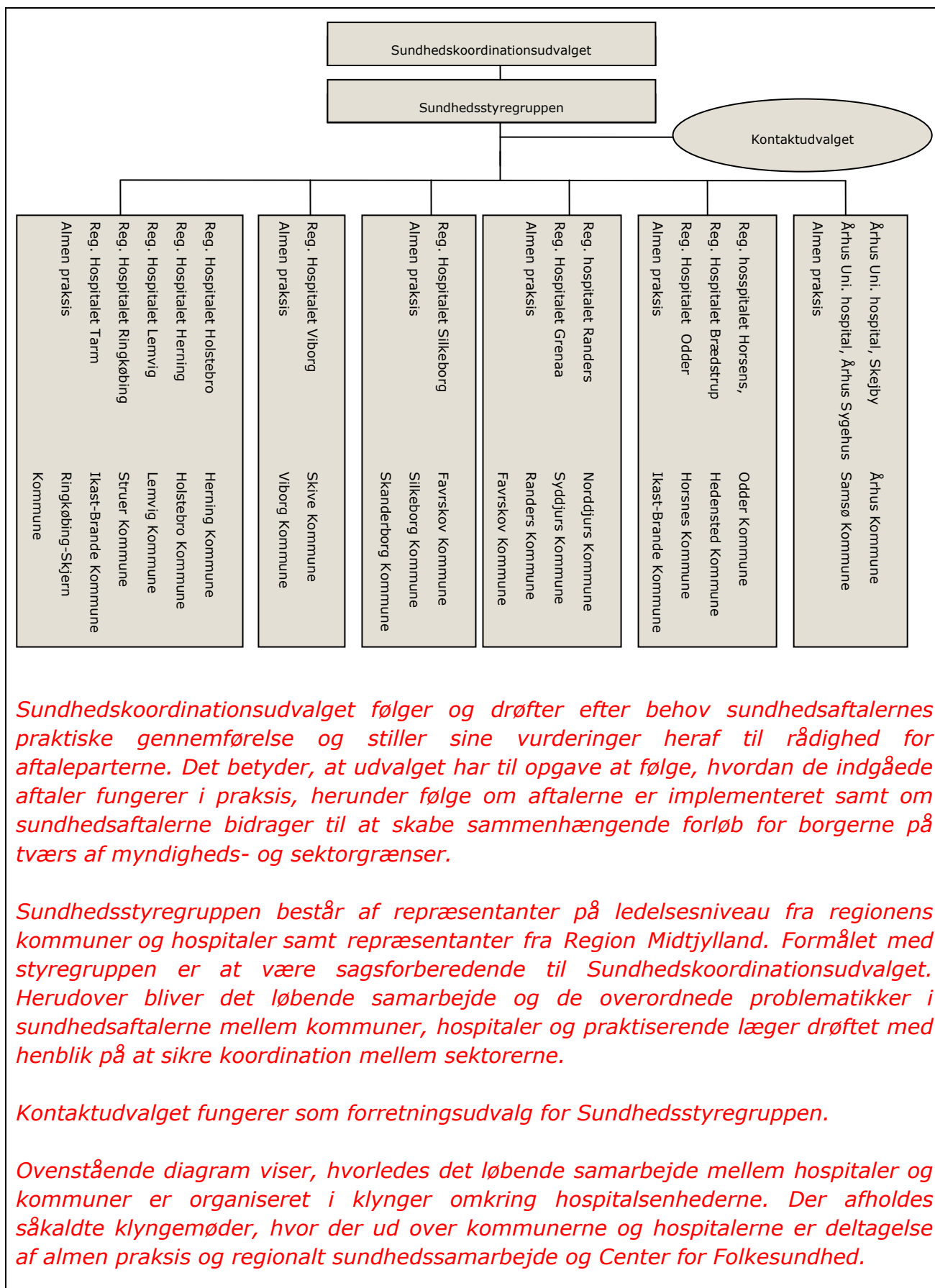
For at sikre, at kapacitetsændringer på hospitaler og kommuner koordineres med hospitalerne i Region Nordjylland og Region Syddanmark tages der initiativ til at lave årlige koordinationsmøder med repræsentanter fra Region Nordjylland og Region Syddanmarks kontorer for kommunesamarbejde. Her vil forandringer i kapacitet/specialeplanlægning på hospitaler i områder, der støder op til andre regioner, blandt andet kunne diskuteres. Møderne vil desuden blive anvendt til erfaringsudveksling og koordination af indholdet i sundhedsaftalerne mellem regionerne.

Krav 5

Hvordan parterne følger op på aftalen.

5.1 Det løbende samarbejde

Det løbende samarbejde mellem kommuner, region og praktiserende læger er organiseret som følger:



5.2 Etablering af lokale styregrupper

Der er etableret en lokal styregruppe i hver klynge, som kan varetage en række monitorerings- og evalueringsopgaver. Strukturen og indholdet for de lokale samarbejder besluttet lokalt. De lokale styregrupper er ansvarlige for opfølgning på aftalen.

(Beskrivelse af organiseringen på klyngeniveau)

(Bilag med oversigt over alle klyngegrupper vedlægges)

5.3 Lokal implementering sundhedsaftalen

Hospitalerne og kommunerne aftaler på klyngeniveau, hvorledes implementeringen af aftalens konkrete procedurer skal foregå. Det kunne eksempelvis være som fælles skolebænk eller andre forslag.

5.4 Nøgletalsoversigt

På de halvårlige møder i de lokale styregrupper vil der som fast dagsordenspunkt være diskussion af nøgletalsoversigten. I oversigten indgår centrale nøgletal for hospitalernes indsats. Nøgletallene er udvalgt af en undergruppe til temagruppen for økonomi. På længere sigt skal planen udvides med tal for kommunerne samt data fra den danske kvalitetsmodel (akkreditering).

Sundhedsstyrelsens SKS koder for terapiydelser skal bruges af hospitalerne og kommunerne til dokumentation af genoptræningsydelser efter sundhedsloven. Registreringerne indberettes til Landspatientregistret – typisk af det udførende sundhedsfaglige personale.

5.5 Evaluering

Hvert år sættes særligt fokus på et eller flere fælles regionale evalueringsområder, hvor alle involverede (hospitaller/kommuner) leverer data til en samlet evaluering. Indsatsområderne udpeges af den fælles kommunale/regionale sundhedsstyregruppe og godkendes af sundhedskoordinationsudvalget.

Konkrete fokusområder:

I 2008 laver DSI i samarbejde med kommunerne og regionen et projekt om genoptræningsområdet i Region Midtjylland. Der vil i projektet særligt blive sat fokus på registreringen af genoptræningsaktiviteten.

I 2008 sættes fokus på den faglige kvalitet ved at afholde audits på kvaliteten i genoptræningsplanerne. Dette arbejde blev påbegyndt i klyngerne i 2007. Endvidere sættes fokus på genoptræningen af særligt udvalgte patientgrupper (eksempelvis hoftepatienter).

Det er endvidere aftalt, at de nævnte audits sætter fokus på ventetider til genoptræning fra borgeren udskrives fra hospital, til borgeren påbegynder sin genoptræning.

Derudover sættes der i 2009 fokus på brugernes oplevelse af kvalitet.

5.6 Regional implementering af sundhedsaftalen

Der udarbejdes en fælles pixi-udgave af sundhedsaftalen til personale i kommuner, på hospitaler og relevante ydere i praksis, hvor sundhedsaftalens konkrete arbejdsrettede krav indgår (varslingsfrister, arbejdsprocedurer etc.). Pixi-udgaven revideres i takt med, at sundhedsaftalerne ændres.

Intentionen er, at aftalen med pixi-udgaven implementeres bredt og, at uhensigtsmæssigheder i lokale arbejdsgange eller uhensigtsmæssigheder i aftaletekstens procedurekrav nemmere kan revideres. I den løbende revision af håndbogen vil eventuelle problematikker af redaktionel art eller i forhold til lokale arbejdsgange blive taget op.

Der er nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra kommune, hospitaler og region, der varetager udarbejdelsen af pixiudgaven [Bilag 1.4].

5.7 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, kommuner og eksterne samarbejdspartnere
- Etablering af faglige netværk
- Fælles skolebænk om relevante emner

Aftale om hjælpemiddelområdet

4. Aftale om hjælpemiddelområdet

Krav 1

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

Kommuner og region vil:

- Koordinere udlån / bevilling af hjælpemidler og / eller behandlingsredskaber
- Afdække forhindringer for gode patientforløb og søge løsninger herpå, herunder specielt med henblik på afklaring og eventuel afhjælpning af uklar ansvarsfordeling
- Understøtte en hensigtsmæssig og mere optimal ressourceudnyttelse

Arbejdsdelingen mellem kommuner og region på hjælpemiddelområdet er reguleret ved *Cirkulære nr. 2 af 21. december 2006 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af hospitalet i henhold til Serviceloven, Sundhedsloven, Hjemmesygeplejerskeordningen og arbejdsmiljølovgivningen.*

Praksis reguleres af Den sociale Ankestyrelse og Patientklagenævnet.

1.1 Hospitalernes ansvarsområder:

I nedenstående situationer, er hospitalet den ansvarlige myndighed:

- *Hjælpemidler og apparatur, som indopereres som led i behandlingen på hospital*
- *Hjælpemidler og apparatur, som ordineres som led i behandling på hospital eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling, og hvor patientens anvendelse af hjælpemidlet/apparaturet typisk er under kontrol af hospitalet indtil tilstanden er stationær*
- *Apparatur, som ordineres som led i behandling på hospital eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling for at forbedre det opnåede resultat eller forhindre en forringelse, og som anskaffes til midlertidigt eller permanent brug i hjemmet, og hvor:*
 - *A) patienten har fået undervisning i brug af apparaturet på hospital*
 - *B) hvor patientens anvendelse af apparaturet er under en vis kontrol af hospital*
- *Hjælpemidler og apparatur, som patienten efter hospitalets vurdering har behov for, imens patienten venter på hospitalsbehandling*
- *Behandlingsredskaber og hjælpemidler i forbindelse med træning af en patient under indlæggelse på hospital*

- *Hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræningen efter udskrivning fra hospital og som har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret, ambulant genoptræning, der forudsætter et hospitals ekspertise og tilbydes på et hospital. Hospitalerne har leveringsforpligtelsen vedr. hjælpemidler, mens kommunerne har finansieringsforpligtelsen.*

Behandles patienten på andre regioners hospitaler, sker udlånene fra borgerens lokale hospital. Behandles patienten på private hospitaler m.v., er *praksis* reguleret i Danske Regioners aftaleindgåelse med disse hospitaler. Genanvendelige behandlingsredskaber og hjælpemidler udlånes af det private hospital. *Hvis der er behov for større og mere specialiserede hjælpemidler udlånes disse også af privathospitalet med mindre, der er indgået en speciel aftale med patientens regionshospital herom.* Selvbetalende borgere behandlet på privathospital og patienter, der får behandling på privathospital under en sundhedsforsikring, følger reglerne om udvidet frit sygehusvalg.

Hospitalet udlåner som udgangspunkt ikke hjælpemidler til borgere, der ikke er kendt i hospitalsregi. Praktiserende lægers, skadestuers og lægevagts eventuelle muligheder for at udlåne behandlingsredskaber eller hjælpemidler aftales lokalt.

1.2 Kommunernes ansvarsområder:

I nedenstående situationer er kommunen den ansvarlige myndighed:

- *I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, som ikke kræver sygehus' ekspertise, skal kommunen afholde udgifterne hertil og herunder udgifterne til de hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe hjælpemidlerne.*
- *Hjælpemidler, som i væsentlig grad kan afhjælpe følger af en varig nedsat funktionsevne og som i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet*
- *Plejhjælpemidler og sygeplejeartikler, der er nødvendige til opstart og gennemførelse af hjemmesygepleje*
- *Hjælpemidler, som er nødvendige, for at sikre et godt arbejdsmiljø for kommunens personale (APV-hjælpemidler)*
- *Hjælpemidler, som er nødvendige som led i almen ambulant genoptræning efter udskrivning fra hospitalet (Sundhedsloven)*

1.3 Tilpasning, vedligeholdelse og reparation

Ansvar for tilpasning, vedligeholdelse og reparation påhviler den instans, der har myndighedsansvaret. Ved udlånet orienteres borgere om, hvilke pligter og rettigheder der er forbundet med udlånet samt, hvor de kan henvende sig med eventuelle spørgsmål.

Ved udlån fra hospitalet medfølger en låneseddel, hvoraf det fremgår, hvad der er udlånt og under hvilke vilkår det er udlånt. Ligeså er oplyst navn på kontaktperson/kontakt mulighed ved eventuelle spørgsmål.

Ved udlån fra kommunen medfølger et tilsvarende materiale kun ved større hjælpemidler. Ved behov vedlægges også en skriftlig vejledning om hjælpemidlets anvendelse.

1.4 Terminalpatienter

Borgere, der er uhelbredeligt syge og døende, kræver ofte en hurtig pleje- og omsorgsindsats, hvorfor hjælpemidler og behandlingsredskaber hurtigt skal tilvejebringes. Parterne er enige om, at der i sådanne situationer kan afviges fra normalproceduren, når der er behov for denne form for hurtig indsats. Dette aftales ift. den enkelte patient.

Et hospice forudsættes at have de redskaber, hjælpemidler, m.v., til rådighed, som normalt anvendes i forbindelse med ophold, pasning og pleje af døende i plejehjem, plejebolig og tilsvarende. *I tilfælde hvor et hospice ikke har redskaberne*, bevilger kommunen hjælpemidler, mens regionen udlåner behandlingsredskaber.

Krav 2

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

Planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter sikres på følgende måde:

2.1 Det overordnede ansvar

Overordnet er det hver enkelt myndighed, der er ansvarlig for at sikre kapaciteten i sit eget hjælpemiddeldepot.

2.2 Daglig kapacitet

Personale på hospitaler og i kommuner kommunikerer tæt sammen om den enkelte patient for bl.a. at sikre en dialog om hjælpemiddeltype, forventet behov, tilbagelevering, leveringstider mv. [bilag 4.1].

2.3 Ændringer i kapacitetsbehov

Parterne har en gensidig forpligtigelse til løbende at holde hinanden orienteret om væsentlige ændringer, der påvirker den andens kapacitet.

I nogle situationer kan hospitalet f.eks. øge aktiviteten, hvorfor der udskrives flere patienter end normalt, som har behov for hjælpemidler. I disse tilfælde er det derfor vigtigt at sikre, at parterne koordinerer deres kapacitet. Der er således en løbende dialog mellem personale på hospital og kommunalt ledende terapeut for at sikre planlægning og styring af kapaciteten i disse særlige behovstilfælde.

2.4 Regionalt Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet

Der er nedsat et centralt tværsektorielt samarbejdsråd mellem regionens 19 kommuner, hospitalsenhederne og Regionalt Sundhedssamarbejde på

hjælpemiddelområdet. Det Regionale Samarbejdsråds medlemmer består af 1 kommunal repræsentant fra hver af de 6 klynger, 4 repræsentanter fra hospitalsenhederne, 3 repræsentanter fra Region Midtjylland (Regionalt Sundhedssamarbejde) som varetager sekretariatsfunktion. Formandskabet er delt mellem kommune og region.

Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet mødes minimum fire gange årligt og har som fast punkt på dagsordenen at foretage en overordnet regional drøftelse af den lokale planlægning og styring af kapacitet i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter – jf. krav 5.

2.5 Opfølgning på kvaliteten af leveringstider og hjælpemidlernes funktion

2.5.1 Opfølgning på regionalt niveau

Den overordnede opfølgning sikres af Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet, jf. ovennævnte.

2.5.2 Opfølgning fra lokalt niveau i klyngerne

Omkring hvert hospital i regionen er der dannet klynger mellem de nærliggende kommuner og hospitalet. Der er nedsat en styregruppe for sundhedsaftalen for hver klynge. Hospitalerne og kommunerne aftaler på klyngeniveau, hvorledes opfølgningen sker, herunder kvaliteten af leveringstider og hjælpemidlernes funktion.

På de halvårlige klyngemøder vil der som fast dagsordenspunkt være denne opfølgning. Herunder de opfølgningsparametre, som er fastlagt af Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet, jf. krav 5.

Krav 3

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

Dialogen mellem borger, hospital og kommune vedrørende udlån af hjælpemidler og behandlingsredskaber påbegyndes hurtigst mulig, og når borgerens (forventede) funktionsevne er kendt.

Den enkelte myndighedsansvarlige sikrer, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra sygehus.

3.1 Varsling

Denne del af aftalen knytter an til aftalen om udskrivelse. Formålet er at sikre rettidig dialog og afklaring vedrørende den enkelte borgers behov. I aftalen om indlæggelse og udskrivelse er der angivet frister for hospitalets varsling af kommunen ved udskrivning af borgere. Hospitalet skal bidrage med en konkret vurdering af borgerens funktionsevne og behov for hjælpemidler, behandlingsredskaber, træningsredskaber m.m.

Hurtig varsling har til formål at søge de nødvendige foranstaltninger tilvejebragt, før eller umiddelbart efter borgerens udskrivelse.

Jf. sundhedsaftalen om udskrivelse er der følgende varslingsfrister, når det drejer sig om hjælpemidler:

3.1.1 Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne:

- *enkle sygeplejehandlinger, fx sårskift, poseskift, øjendrypning, når det drejer sig om plejehjælpemidler og sygeplejeartikler. Varsling senest mellem kl. 12.00 – 13.00 samme dag, som sygeplejedydelserne skal udføres.*

3.1.2 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne

- *Pleje/omsorg udført af hjemmehjælpere og/eller omfattende sygeplejehandlinger, hvor der er brug for plejehjælpemidler og sygeplejeartikler. Varsling senest 3 hverdage før udskrivning.*

3.1.3 Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne og behov for særlige hjælpemidler, der kræver forberedelsestid.

- *Varsling senest 5 hverdage før udskrivning.*

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

- *Varsling senest 14 dage før udskrivning.*

3.2 Hjemmebesøg inden udskrivelse

I nogle sager vil der være behov for et hjemmebesøg inden udskrivelse. Hospitalet kontakter kommunen så snart behovet er kendt og så vidt muligt inden en eventuel udskrivningskonference.

3.3 Akut indlæggelse

I forbindelse med akut indlæggelse udlåner hospitalet standardhjælpemidler, som er nødvendige under indlæggelsen. Har borgeren nogle mere personlige tilpassede hjælpemidler søges disse tilvejebragt ved nærmeste pårørende.

3.4 Planlagt indlæggelse

Borgeren medbringer vedkommendes personligt tilpassede hjælpemidler. Hospitalet udlåner standardhjælpemidler under indlæggelse.

3.5 Tvivl om myndighedsforpligtelsen mellem kommune og hospital ved levering af behandlingsredskaber og hjælpemidler

I tvivlstilfælde om, hvem der har myndighedsforpligtelsen ved levering af behandlingsredskaber og hjælpemidler hos borgere, der efter en faglig vurdering har et berettiget behov, er det den myndighed, der har tættest kontakt med borgeren, som i givet fald umiddelbart skal levere det nødvendige behandlingsredskab eller

hjælpemiddel til borgeren. Betalingsspørgsmål afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

Tvilstilfælde afklares i første omgang lokalt. Hvis dette ikke er muligt behandles det i Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet. Hvis tvilstilfældet fortsat er uafklaret forelægges det:

- 1) Det Sociale Nævn,
- 2) Patientklagenævnet,
- 3) Ministeriet for sundhed og forebyggelse og/eller Velfærdsministeriet.

Såfremt en borger ud fra en faglig vurdering ikke har et berettiget behov for et behandlingsredskab eller hjælpemiddel jf. lovgivningen, må dette betales af borgeren selv.

3.6 Transport af hjælpemidler

Det er den part, der har myndighedsansvaret for at udlåne et hjælpemiddel eller behandlingsredskab, der har ansvaret for at levere og afhente det. Den ansvarlige part vurderer, i hvilket omfang borgeren *selv har mulighed for at afhente og returnere* det udlånte hjælpemiddel eller behandlingsredskab.

3.7 Telefonliste til fagpersoner

Det aftales, at der med henblik på at lette kontakten og etablere relevante netværk, opbygges en telefonliste til de kommunale og regionale *hjælpemiddelafdelinger* [bilag

4.1]

Krav 4

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

4.1 Rådgivning og instruktion

Ansvaret for instruktion og generel rådgivning påhviler den instans, der har myndighedsansvaret jf. krav 2.

4.2 Afprøvning og opfølgning

Ansvaret for afprøvning og opfølgning påhviler den instans, der har myndighedsansvaret. Ved behov for opfølgning aftales dette i hvert enkelt tilfælde. Opstår der tvivlsspørgsmål eller ændres behovet kontaktes den instans, der har myndighedsansvaret.

Hospital og kommuner kan indgå aftaler om at hjælpe med opfyldelse af hinandens forpligtelser, hvor det er hensigtsmæssigt.

Krav 5

Hvordan parterne følger op på aftalen.

5.1 Organiseringen af den generelle opfølgning af sundhedsaftalen vedr. hjælpemiddelområdet:

5.1.1 Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet:

Der er nedsat et centralt tværsektorielt samarbejdsråd mellem regionens 19 kommuner, hospitalsenhederne og Regionalt Sundhedssamarbejde på hjælpemiddelområdet.

Det Regionale Samarbejdsråds medlemmer består af:

- 1 kommunal repræsentant fra hver af de 6 klynger
- 4 repræsentanter fra hospitalsenhederne
- 3 repræsentanter fra Region Midtjylland (Regionalt Sundhedssamarbejde) som varetager sekretariatsfunktion

Formandskabet er delt mellem kommune og region.

Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet refererer til Sundhedsstyregruppen.

Det Regionale Samarbejdsråds kommissorium/opgaver:

1) Opgavevaretagelse på det operationelle niveau:

- afklaring af lokale/regionale tvister vedr. tolkning af afgrænsningscirkulæret jf. krav 3 om tvivl om myndighedsforpligtigelsen
- udarbejdelse af håndbog – formål: et dynamisk afklaringsværktøj til brug i tvivlstilfælde. Herunder skal bl.a. udarbejdes en begrebsafklaring af kernebegreber.

2) Opgavevaretagelse på det strategiske niveau:

- overordnet regional drøftelse af den lokale planlægning og styring af kapacitet i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter.
- fortsat uddybning/præcisering, opstilling af konkrete handleplaner og udvikling af sundhedsaftaler vedr. hjælpemiddelområdet (fast punkt på dagsordenen). Herunder udarbejdelse af en beskrivelse af opfølgning på kvaliteten af leveringstider.
- inspirationsforum for udvikling af kompetencer hos involveret personale i primær og sekundær sektor (fælles skolebænk)
- følger den decentrale implementering af sundhedsaftalen ved medlemmernes tilbagemelding fra de lokale klynger.
- udvælgelse af de(t) årlige emne/fokusområde for evaluering af aftalen
- udarbejdelse af monitoreringsplan, herunder udpegning af monitoreringsparametre/nøgletal for aftalen

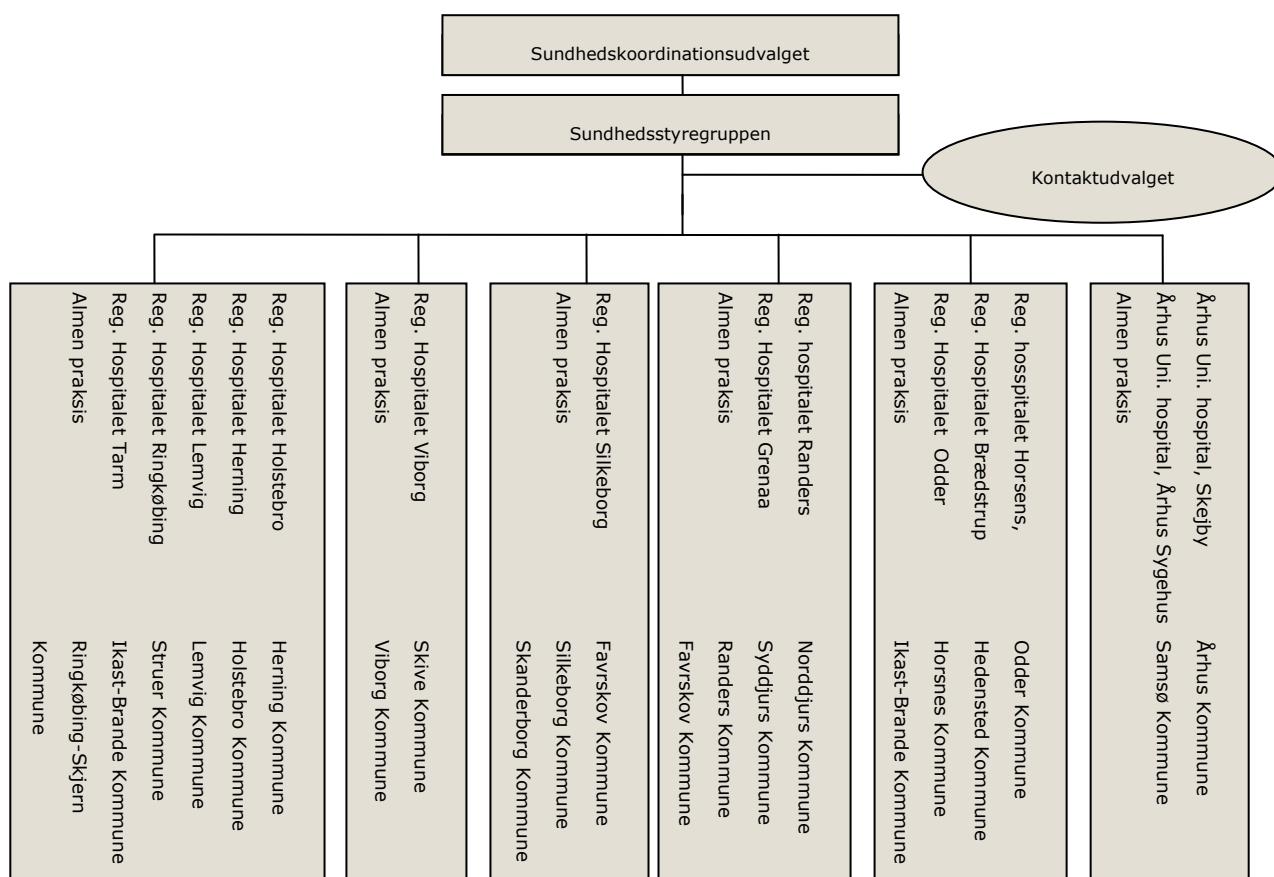
Møde minimum 4 gange årligt og ad hoc ved presserende uenigheder af tolkning af afgrænsningscirkulæret.

Medlemmerne er forpligtigede til at informere de lokale styregrupper for at sikre

sammenhæng mellem de 3 niveauer i mødestrukturen.

5.1.2 Opfølgning i de lokale styregrupper:

De lokale styregrupper, som er nedsat i de 6 klynger i regionen har det overordnede ansvar for opfølgning og koordinering af sundhedsaftalerne i den lokale klynge, herunder også aftalen vedr. hjælpemiddelområdet.



Figur 1: Oversigt over de seks klynger

Den lokale styregruppes medlemmer består af:

- Hospitalsledelsen eller repræsentanter fra denne
- Administrativ ledelsesrepræsentant for klyngens kommuner
- Repræsentanter fra almen praksis ved praksiskonsulenter
- Repræsentanter fra Region Midtjylland afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde.

Disse møder afholdes minimum 2 gange årligt.

5.1.3 Lokale faglige følgegrupper

Under de lokale styregrupper er i nogle klynger nedsat faglige følgegrupper, enten

Samlet for alle sundhedsaftalerne eller for hver af sundhedsaftalerne. Denne mulighed er præciseret i de bilaterale aftaler.

Hvor der findes faglige følgegrupper er disse ansvarlige for at sikre gennemførelsen af beslutningerne i den lokale styregruppe.

Medlemmerne er faglige ledelsesrepræsentanter med ansvar for hjælpemiddelområdet. I dette tilfælde ledende terapeuter i primær og sekundær sektor.

Den faglige følgegruppe mødes fra 2-4 gange årligt.

5.2 Implementering af sundhedsaftalen vedr. hjælpemiddelområdet:

Overordnet følger Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet den decentrale implementering.

Den lokale styregruppe er ansvarlig for implementeringen af aftalen, men har i nogle tilfælde uddelegeret den konkrete planlægning og udførelse af implementeringen til den lokale faglige følgegruppe.

5.3 Monitorering af sundhedsaftalen vedr. hjælpemiddelområdet:

Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet udpeger de centrale monitoreringsparametre/nøgletal, mens der i de lokale styregrupper evt. udpeges lokalt udvalgte monitoreringsparametre. Eventuelle standarder og indikatorer fra Den Danske Kvalitetsmodel skal indgå i planen.

Udmeldingen skal ske senest den 1. oktober året før, registreringen skal foretages.

Både i Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet og på de halvårlige lokale styregruppemøder vil der som fast dagsordenspunkt være diskussion af monitoreringsplanen.

5.4 Evaluering af sundhedsaftalen vedr. hjælpemiddelområdet:

En gang i aftaleperioden laves en slutevaluering. Som led i slutevalueringen gennemgås en audit. Efter to år udarbejdes en midtvejsstatus.

Endvidere sættes der hvert år særligt fokus på et eller flere fælles regionale evalueringsområder, hvor hospitaler og kommuner leverer data til en samlet evaluering. Evalueringsområdet skal være et relevant tværgående tema, som giver mening til sammenhængen i sundhedsaftalerne, og temaet kan godt strække sig over flere år.

Indsatsområderne udvælges af Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet og indstilles af Sundhedsstyrelsen til Sundhedskoordinationsudvalgets godkendelse.

Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

5. Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1

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

1.1 Ansvarsfordelingen

Med sundhedsloven er ansvarsfordelingen på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet ændret¹.

Jvf. sundhedslovens § 119 varetager Region Midtjylland den patientrettede forebyggelse, der finder sted i almen praksis og på hospitaler og har herudover en forpligtelse til at tilbyde rådgivning til kommunerne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Det er kommunernes ansvar at skabe rammer for en sund levevis for deres borgere. Kommunerne etablerer sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til deres borgere og er ansvarlige for den patientrettede forebyggelse, der finder sted uden for hospitaler og almen praksis.

I bemærkningerne til sundhedsloven beskrives borgerrettet og patientrettet forebyggelse således:

- *Borgerrettet forebyggelse* har til formål at forebygge sygdom og ulykker hos raske borgere og er derfor et rent kommunalt ansvar.
- *Patientrettet forebyggelse* har til formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Dette forudsætter, at den enkelte patient i videst mulig omfang bibringes kompetencer, viden og færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve god egenomsorg f.eks. gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning.
Ansvarsfordelingen mellem Region Midtjylland og kommunerne fastlægges i afsnit 1.2.

Der er mellem Region Midtjylland og kommunerne enighed om, at man på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet tager udgangspunkt i at skabe sammenhængende forløb for den enkelte patient med fokus på patientens ressourcer, behov og vilkår. Der er enighed om, at sundhedsfremmeaspektet skal inddrages i alle borgernes kontakter med hospital, kommune eller egen læge. Der er derfor fokus på at skabe rammer, der bidrager til at mobilisere den enkelte borger/patients

¹ Se bilag 5.1 for definition af sundhedsfremme og forebyggelse.

ressourcer og handlekompetence, inddrage patientens/borgerens netværk samt tage højde for patienten/borgerens socioøkonomiske vilkår.

1.2 Arbejdsdeling

Fordelingen af arbejdsopgaver mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen i forhold til den patientrettede forebyggelse sker på baggrund af en stratificering i forhold til patientens sygdomsgrad og behov samt med fokus på at sikre sammenhæng i patientforløbene.

Region Midtjylland er ansvarlig for den specialiserede sygdomsspecifikke forebyggelsesindsats, der er karakteriseret ved at kræve medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed og/eller som af patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr og/eller kliniske støttefunktioner.

Kommunerne er ansvarlige for den borgerrettede forebyggelse samt for at tilbyde fortsat og opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværdiagnostisk karakter. Kommunerne har hovedansvaret for den psykosociale del af den patientrettede forebyggelse, det vil sige at mobilisere patientens ressourcer og øge dennes handlekompetencer. Kommunerne kan tillige gennem deres indsats sikre en sammenhæng mellem kommunernes forvaltningsområder. Kommunerne er endvidere ansvarlige for den tværdiagnostiske patientuddannelse med fokus på KRAM-faktorerne samt mestring af livet med kronisk sygdom.

Almen praksis er ansvarlig for at sikre sammenhæng for den enkelte patient i behandling og forebyggelse af såvel sygdomsspecifik som tværgående karakter. For resourcesvage patienter har de praktiserende læger en særlig opgave i at koordinere indsatsen i tæt samarbejde med hospital og kommune.

1.2.1 Region Midtjyllands ansvar og opgaver

Region Midtjylland har ansvaret for etablering og drift af patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud på hospitaler og i almen praksis og har herudover en forpligtelse til at tilbyde rådgivning til kommunerne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Region Midtjylland varetager sin rådgivningsforpligtelse gennem forskellige overbliksskabende initiativer samt ved specialiseret rådgivning, undervisning i sundhedsfremme og forebyggelse samt ved at understøtte samarbejdet med og mellem kommunerne i regionen generelt.

I det nedenstående er beskrevet, hvorledes Region Midtjylland varetager sin rådgivningsforpligtelse.

1.2.1.1 Viden som grundlag for indsatsen

Der er brug for viden om befolkningens sundhedstilstand, når sundhedsarbejdet i regionen og kommunerne skal tilrettelægges.

Region Midtjylland har derfor gennemført en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Midtjylland. Undersøgelsen "*Hvordan har du det? – sundhedsprofil for region og kommuner*"² omfatter borgere fra 25-79 år og er første skridt i retning af en systematisk monitorering og beskrivelse af sundhedstilstanden i Region Midtjylland.

Der er nedsat en følgegruppe, der består af medarbejdere fra Center for Folkesundhed og Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde (begge Region Midtjylland) samt en repræsentant udpeget af kommunekontaktrådet. Følgegruppen drøfter planer for og ønsker til kommende analyser. Drøftelserne baserer sig på nationale fokusområder samt områder, hvorom der samler sig interesse.

Følgegruppen orienteres om arbejdet med *Hvordan har du det?*, det vil sige:

- Konkrete analyseaktiviteter
- Strategi for formidling af undersøgelsesresultater
- Planer for fremtidige undersøgelser
- Undersøgelsens økonomi

Følgegruppen afholder 6 årlige møder. Center for Folkesundhed varetager sekretariatsfunktionen.

1.2.1.2 Kortlægning af patientuddannelse i regionen

Region Midtjylland har i 2007 gennemført en kortlægning af patientuddannelsesstilbud på regionens hospitaler. Der vil fremover kontinuerligt blive gennemført kortlægninger af hospitalernes patientuddannelsesstilbud, som kan være med til at danne overblik over og grundlag for den fortsatte dialog med kommunerne omkring fordelingen af og samarbejdet om den patientrettede forebyggelse.

1.2.1.3 Evalueringsværktøj til patientuddannelsesforløb

Region Midtjylland har udviklet et generisk værktøj til monitorering og evaluering af forskellige patientuddannelser i kommuner, på hospitaler og til patienter i almen praksis. Værktøjet er udviklet på en sådan måde, at resultaterne kan sammenlignes med data fra *Hvordan har du det?*, der fungerer som reference. Foruden den generiske del omfatter værktøjet to specifikke moduler, som kan benyttes i forbindelse med *Lær at leve med kronisk sygdom* (Stanford) og lærings- og mestringskurser. Der kan efter behov udvikles andre specifikke moduler. Evalueringsværktøjet pilottesttes på to hospitaler, i to kommuner og blandt udvalgte patienter henvist fra almen praksis til diætist. Pilottesten finder sted i løbet af foråret 2008 og forventes at blive tilgængelig for alle interesserede i efteråret 2008.

² Se bilag 5.3 for beskrivelse af sundhedsprofil: *Hvordan har du det?*

De enkelte uddannelsessteder er ansvarlig for indtastning af data, og de kan selv monitorere deres forløb og udskrive rapporter. Der kan efterfølgende ske en opfølgning og evaluering på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis og på tværs af patientuddannelsesforløb i regionen.

1.2.1.4 Uddannelse og rådgivning i sundhedsfremme og forebyggelse

Region Midtjylland udbyder i regi af Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed rådgivning og uddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse til kommunerne.

Center for Folkesundhed udbyder mod betaling uddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedspædagogiske metoder, viden om dokumentation og evaluering af folkesundhedsarbejde m.v. Formålet med uddannelsen er, at ledere og medarbejdere i kommunerne tilegner sig yderligere viden om og kendskab til, hvordan sundhedsfremmende og forebyggende indsatser planlægges, gennemføres, dokumenteres og evalueres, så vidt muligt på et evidensbaseret grundlag.

Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland arrangerer og afholder i samarbejde med Kræftens bekæmpelse uddannelse af rygestoprådgivere. Kurserne henvender sig til almen praksis, kommuner, hospitaler og sundhedspersonale fra andre områder eksempelvis rådgivningscentre. Kurserne afholdes lokalt i Region Midtjylland. Der er indtil nu uddannet 65 nye instruktører og 12 har fået supplerende rådgiveruddannelse.

I forlængelse heraf faciliterer Regionalt Sundhedssamarbejde at der oprettes faglige netværk for rygestoprådgivere i regionen. Der er således etableret et netværk for rygestoprådgivere i jordemodervæsenet. I efteråret 2008 etableres netværk for rygestoprådgivere i almen praksis. Det er ambitionen at der opbygges faglige netværk for hospitaler, almen praksis og jordemodercentre for at sikre erfaringsudveksling. Der udover arrangeres der en årlig efteruddannelsesdag for rygestopsrådgivere.

1.2.1.5 Mi(d)t Liv

Region Midtjylland udgiver 3 gange årligt Mi(d)t Liv, et blad om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Formålet er at sætte fokus på aktuelle temaer med relevans for kommuner, almen praksis og hospitaler. Der er nedsat et redaktionspanel med deltagelse fra almen praksis, hospitaler, Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed og en kommunal repræsentant udpeget af Kommunekontaktrådet. Redaktionen er i Center for Folkesundhed. Der er foreløbigt udgivet to numre: *"At leve med Kronisk sygdom"* og *"Social ulighed i sundhed"*. Det næste nummer har sundhedscentre som tema.

1.2.2. Regionshospital xxx patientrettede forebyggelsestilbud

[Beskrivelse af regionshospital xx patientrettede forebyggelsestilbud. Beskrivelserne udarbejdes af hospitalerne.]

Hvis almen praksis indgår i samarbejdet mellem regionshospitalet og kommunerne skal deres rolle heri beskrives]

1.2.3 Kommunernes ansvar og opgaver

Kommunerne er ansvarlige for den borgerrettede forebyggelse samt for at tilbyde fortsat og opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tværgående karakter. Kommunerne har hovedansvaret for den psykosociale del af den patientrettede forebyggelse gennem at mobilisere og øge dennes handlekompetencer. Kommunerne har ligeledes hovedansvaret for den tværgående patientuddannelse med fokus på KRAM-faktorerne og mestring af livet med kronisk sygdom.

1.2.3.1 xx Kommunes patientrettede forebyggelsestilbud

[Beskrivelse af xx kommunes patientrettede forebyggelsestilbud. Beskrivelserne udarbejdes af xx kommune.

Hvis almen praksis indgår i samarbejdet mellem regionshospitalet og kommunerne skal deres rolle heri beskrives]

1.3 Indsatsområder, målgrupper og samarbejdsaftaler

Nedenfor oplystes indsatsområder som Region Midtjylland og kommunerne er enige om er fokusområder.

1.3.1. Indsatsområde: Risikofaktorer og folkesundhed

Sundhedsaftalerne kan indeholde aftaler om den konkrete arbejdsdeling vedr. indsatserne i forhold til KRAM-faktorerne. Aftalerne indgås med henblik på at tilbyde en sammenhængende indsats.

Det er aftalt, at en sammenhængende rygeindsats har højeste prioritet i den første sundhedsaftale.

[Bilateral beskrivelse af aftaler om rygeafvænningstilbud] [Beskrivelserne udarbejdes af regionshospitalet og kommunerne for egne tilbud]

1.3.2 Indsatsområde: Borgere med kroniske lidelser

Det er mellem Region Midtjylland og kommunerne et fælles indsatsområde at forbedre sundheden og livskvaliteten for borgere med kroniske lidelser ved at styrke den samlede indsats for disse borgere gennem en forbedret forebyggelses-, behandlings-, rehabiliteringsindsats og sundhedsfremmeindsats. Samtidig er det et mål i videst muligt omfang at forebygge kroniske sygdomme.

Region Midtjylland har udarbejdet en vision og strategi for en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom³ samt et notat omhandlende kommunernes rolle ved en forbedret indsats.⁴ Begge dele har været behandlet på Sundhedskoordinationsudvalgsmøde. Udvalget anbefalede, at vision og strategipapiret samt notatet udgør grundlaget for en fortsat udvikling af samarbejdet mellem kommunerne, almen praksis og Region Midtjylland med henblik på at opnå bedre sammenhæng i ydelser og forløb i forhold til kroniske patienter i hele regionen.

1.3.2.1 Målgrupper og aftaler for borgere med kroniske lidelser

Sundhedsaftalerne skal sikre, at den patientrettede forebyggelse på tværs af sektorer er sammenhængende, koordineret og systematisk. Det er aftalt, at der - udover den obligatoriske sundhedsaftale på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet - også nedsættes en temagruppe, der skal udarbejde en sundhedsaftale, der omhandler borgere med en kronisk sygdom.⁵ Temagruppen er nedsat og har indledt sit arbejde.

I vision og strategi for en bedre indsats for borgere med kroniske lidelser er et af målene at udvikle og implementere forløbsprogrammer for patienter med specifikke kroniske lidelser (kronikerprogrammer) med det formål at opnå kvalitet i indsatsen i hele patientforløbet.

I udviklingen af kronikerprogrammer tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer og der fokuseres særligt på en kontinuerlig indsats på tværs af hospital, kommune og almen praksis.

Der er nedsat tværsektorielle og tværfaglige programgrupper for diabetes-, KOL- og hjerteområdet. For hver af disse programgrupper er der nedsat et tre-delt formandskab med repræsentation af hospital, kommune og almen praksis. Programgrupperne arbejder med at definere opgavefordelingen og beskrive, hvorledes der kan skabes sammenhængende patientforløb mellem sektorerne i forhold til førnævnte patientgrupper. Kronikerprogrammerne implementeres herefter gradvist i regionen. Målsætningen er, at 2 programmer skal være færdigbeskrevet med udgangen af 2008.

Et andet mål er, at regionen og kommunerne skal kunne tilbyde alle patienter med kroniske lidelser patientuddannelse, der gør dem i stand til at udøve så velkvalificeret egenomsorg som muligt. Dette gøres gennem udbydelse af patientuddannelses tilbud

³ Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats, Region Midtjylland, november 2007

⁴ "Tanker om kommunernes rolle ved en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom, Region Midtjylland, oktober 2007

⁵ Temagruppen forventes dog ikke at afslutte sit arbejde til 1. oktober 2008, hvor de obligatoriske aftaler indsendes til godkendelse.

af høj kvalitet med mulighed for differentiering i forhold til den enkeltes behov, ressourcer og vilkår den enkelte har.

Patientuddannelse - med det formål at øge patienternes evne til selv at håndtere og leve med en sygdom - er en del af den patientrettede forebyggende indsats og har til hensigt at forebygge progression i en sygdom samt begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer som følge af en sygdom. For at skabe de bedste læringssituationer for borgere med kroniske lidelser, må patientuddannelses tilbud planlægges ud fra borgernes aktuelle behov, der er forskellige afhængige af, hvor i sygdomsforløbet den enkelte befinder sig og hvilke behov, ressourcer og vilkår.

Patientuddannelse kan groft deles op i to kategorier: Sygdomsspecifik patientuddannelse og tværdiagnostisk patientuddannelse (Se definition i bilag 5.2).

I henhold til den indledende definition af arbejdsdelingen (se afsnit 1.2) mellem region og kommune vil det primært være regionen, der har ansvaret for at udbyde den sygdomsspecifikke patientuddannelse og kommunen, der har ansvaret for at udbyde den tværdiagnostiske patientuddannelse - dog således, at regionen henholdsvis kommunen kan lade egne opgaver varetage af andre. Vælger regionen eller kommunen at lade andre varetage opgaven skal snitfladerne hertil beskrives på klyngeniveau. Der kan, hvor der er patientgrundlag til det og undervisningen ikke kræver medvirken på speciallægeniveau, af specialiseret tværfaglighed eller som af patientsikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af hospitalsudstyr eller kliniske støttefunktioner, udbydes sygdomsspecifik patientuddannelse i kommunerne.

Ud over de to nævnte indsatsområder peges der i *Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats* på en række yderligere indsatsområder:

- Fælles forståelse og mål med indsatsen
- Forløbskoordinering
- Løbende identificering af indsatsområder
- Forebyggende helbredsundersøgelser og -samtaler
- Selvmonitoreret og selvstyret behandling
- Web-baserede patientnetværk
- Opfølgende hjemmebesøg
- Økonomiske incitament
- Kliniske farmaceuter i almen praksis
- Smertebehandling

Disse indsatsområder arbejdes der med på forskellig vis og i forskellige tempi i forskellige dele af regionen.

[Bilateral beskrivelse af aftaler vedr. samarbejdet om tilbud til borgere med kroniske lidelser]

[Bilateral beskrivelse af patientuddannelses tilbud][Beskrivelserne udarbejdes af henholdsvis Regionshospitalet xx og xx Kommune].

1.3.3 Indsatsområde: Svangre, børn og unge

I sundhedsaftalerne om indlæggelse, udskrivning, træning, hjælpemidler og sundhedsfremme og forebyggelse indgår svangre, børn og unge. Der har imidlertid vist sig et behov for at beskrive særlige hensyn og indsatser til netop disse grupper, som ikke tilgodeses indenfor rammerne af de nuværende aftaler. Det er derfor besluttet, at der nedsættes en temagruppe med henblik på udarbejdelse af en frivillig sundhedsaftale på svangre, børn og unge-området.

Temagruppen svangre, børn og unge får i opdrag at udarbejde en nærmere beskrivelse af ansvars- og opgavefordelingen i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, genoptræning og rehabiliteringsindsatsen for syge børn, herunder også børn med kronisk sygdom samt gravide. Endelig skal temagruppen undersøge om der er brug for ændringer i de eksisterende tilbud eller samarbejdsaftaler.

Målet er at forbedre livskvalitet og sundhed under graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse for børn og unge og deres familier.

Sundhedsaftalen på svangre, børn og ungeområdet vil søge at indgå aftaler mellem hospitaler, almen praksis og kommuner med henblik på blandt andet at skabe en sammenhængende forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Temagruppen på svangre, børn og unge er nedsat og har indledt sit arbejde.

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

- Kommunerne og Region Midtjylland har igangsat et arbejde med monitorering af børns sundhed på baggrund af data fra den kommunale sundhedstjeneste, fra almen praksis og på sigt fra hospitalerne. Målet er at indsamle data, der kan anvendes til at beskrive forekomsten og udviklingen i børns sundhed. Herved gives der grundlag for at tilrettelægge indsatser, der fremmer børns sundhed og forebygge forekomsten af sygdom.
- Der er jf. sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg nedsat et fødeplanudvalg med henblik på at udbygge samarbejdet omkring svangreomsorg i regionen.
- Det er etableret en fælles telefonrådgivning: Sundhedsplejens telefonvagt i Region Midtjylland. Telefonvagten er etableret i et samarbejde mellem kommunerne og Region Midtjylland, ligeledes udgifterne til driften heraf deles mellem parterne. Det er dog endnu fuldt ud afklaret, hvor den daglige driftsopgave placeres. I forlængelse heraf er kommunerne og regionen gået sammen om etableringen af et uddannelses tilbud til de kommunale sundhedsplejersker. Udgiften hertil deles

mellem kommunerne og Region Midtjylland.

[Bilateral beskrivelse af aftaler om tilbud til svangre, børn og unge]

1.3.4 Indsatsområde: Social ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed starter allerede fra fødslen og fortsætter i voksenalder. Det er derfor aftalt, at hospitaler, almen praksis og kommunerne kan indgå aftaler om specifikke indsatser rettet mod socialt udsatte og sårbare grupper. Der kan endvidere samarbejdes om at udvikle og gennemføre socialt differentierede tilbud, der tager højde for menneskers forskellige muligheder for deltagelse.

Med henblik på at sætte politisk fokus på de sociale forskelle og mulighederne for at reducere forskelle indenfor rammerne af sundhedsvæsenet, nedsættes der under Regionsrådet i Region Midtjylland et politisk udvalg, der skal have fokus på sociale forskelle i sundhed. Arbejdet handler ikke om de generelle aspekter af social ulighed, men derimod om at sætte fokus på sundhedsvæsenets kompenserende indsats. Udvalget fungerer i perioden 1. juli 2008 - 31. marts 2009.

Udvalget skal:

- drøfte og beskrive på, hvilke områder, der gør sig sociale forskelle gældende i sundhed
- Belyse konsekvenserne af sociale forskelle gældende i sundhed.
- Udpege fokusområder
- Kortlægning af, hvilke tiltag der kan iværksættes i forhold til påvirkning af sociale forskelle i sundhed.
- Udarbejde redegørelse over sine overvejelser og eventuelle anbefalinger, der kan indgå i Regionsrådet og Sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser af sociale forskelle i sundhed og mulighederne for at påvirke sådanne forskelle

1.3.4.1 Målgrupper og aftaler om social ulighed i sundhed

- Borgere med kroniske lidelser.
Det er i forhold til borgere med kroniske lidelser vigtigt, at tilbuddene i såvel kommunalt som regionalt regi tager højde for og tilpasses menneskers forskellige muligheder for drage nytte af tilbuddene. Det er derfor aftalt, at der kan samarbejdes om at udvikle og gennemføre socialt differentierede tilbud til borgere med kroniske lidelser.
- Psykiatriske patienter
Sundhedsprofilen *Hvordan har du det?* er analyseret med henblik på at se sociale forskelle. Det er her afdækket, at der er en særlig problemstilling i forhold til psykiatriske patienter.

Mennesker med sindslidelser har generelt et højere forbrug af sundhedsydelser,

en højere selvmordsdødelighed og en statistisk overdødelighed set i forhold til befolkningen som helhed. Ud over følgevirkningerne af den psykiske sygdom er mennesker med sindslidelser på en række områder generelt karakteriseret ved en mere usund livsstil og sundhedsadfærd end befolkningen som helhed.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at det er vigtigt at sikre en løbende dialog om tilrettelæggelsen af parternes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats i forhold til sindslidende. Indsatsen baseres på fagligt anerkendte metoder og løbende kvalitetssikring. I nødvendigt omfang koordineres og udvikles indsatsen i det løbende samarbejde både lokalt og på regionsplan.

[Bilateral beskrivelse af aftaler om tilbud til psykiatriske patienter]

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

Udvikling af et socialt differentieret tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse med henblik på at fremme sundheden for den gravide, nyfødte og familiedannelsen.

- Indsatsen før fødslen er Region Midtjyllands ansvar ved jordemoder og almen praksis, hvor jordemoderen danner sig et overblik over den gravides fysiske, psykiske og sociale situation.
- Efter fødslen, hvor der er etableret kontakt til sundhedsplejen, er det kommunernes ansvar, at sundhedsplejersken m.fl. følger indsatsen op.

For at sikre løbende dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring følges området i det regionale fødeplanudvalg samt samarbejdsfora ved de lokale fødesteder. Der skal sikres en fagligt sammenhængende og velfungerende indsats med henblik på tidlig konstatering af behov, der kan fremme en god udvikling for barn, mor og familie.

[Bilateral beskrivelse af aftaler om differentierede tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse]

- Begrænsning i sygefravær og arbejdsfastholdelse

Ikke mindst fra kommunal side er der fokus på sygefravær og arbejdsfastholdelse.

Det er derfor aftalt, at der kan indgås aftale med det formål at optimere samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis. Målet er en hurtig og koordineret indsats med henblik på afkortning af sygefravær og sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.

De specifikke sygdomsgrupper, der skal omfattes af en særlig hurtig og koordineret udrednings-, behandlings- og sagsbehandlingsindsats, aftales

nærmere i de konkrete forhandlinger mellem kommunerne og regionen.

Derudover er det aftalt, at kommunerne mod betaling kan henvise sygemeldte borgere med uklare helbredsproblemer og som oplever funktionstab f.eks. som følge af smerter og psykiske problemer til et specialistteam ved afdeling for klinisk social medicin, Center for Folkesundhed. Teamet, som tilbyder en afklarings- og udredningsproces, er tværfagligt med deltagelse af socialmedicinske speciallæger, psykologer, reumatologer, psykiatere og socialrådgivere.

For at sikre en løbende dialog mellem sektorerne er det endvidere aftalt, at Det rådgivende udvalg for de Arbejdsmedicinske Klinikker i Region Midtjylland, der har deltagelse af bl.a. hospitaler, kommuner, almen praksis, arbejdsmarkedsparter løbende drøfter samarbejdet mellem de arbejdsmedicinske klinikker og kommunernes social – og beskæftigelsesforvaltninger.

Regionalt Sundhedssamarbejde varetager sekretariatsfunktionen for Det rådgivende udvalg for de arbejdsmedicinske klinikker i Region Midtjylland.

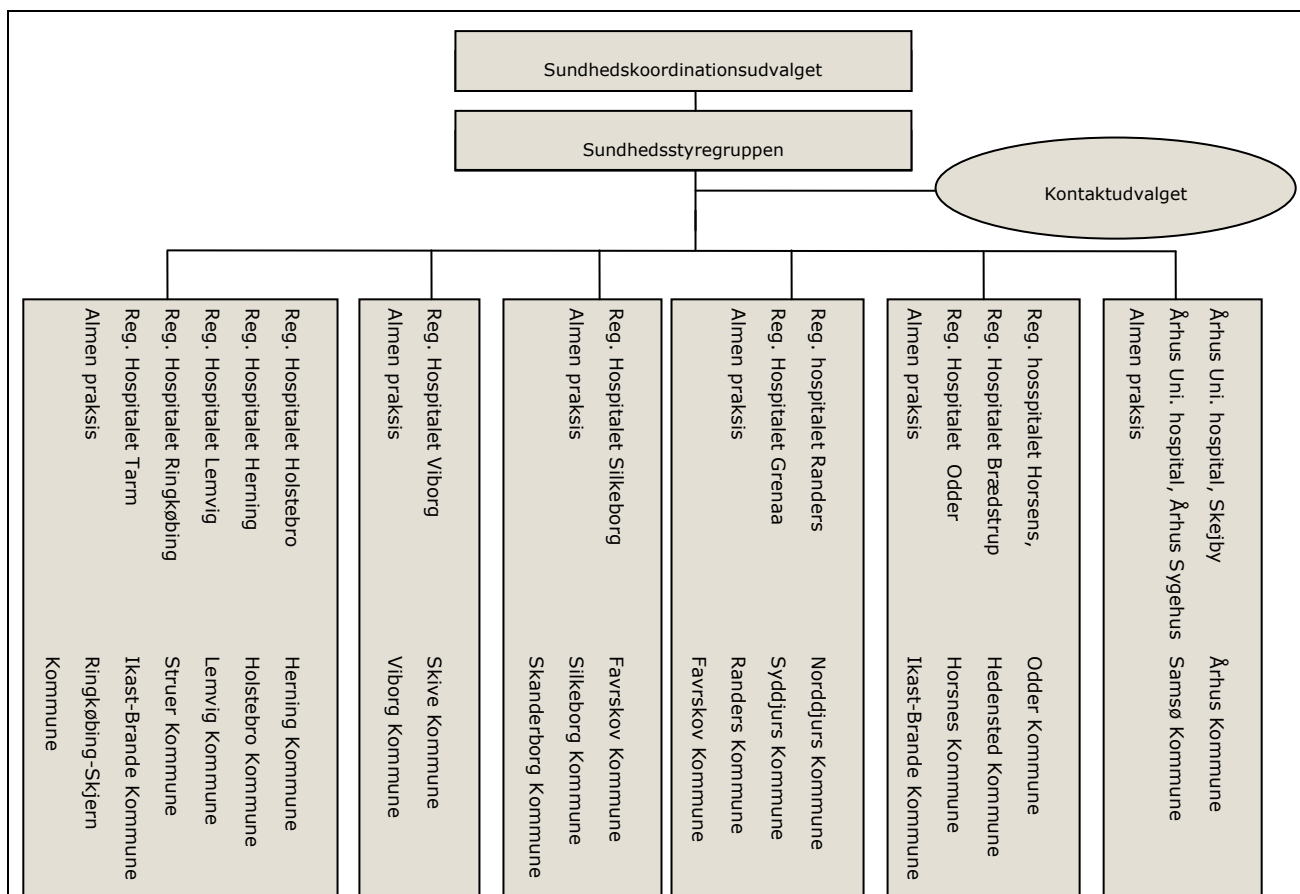
[Bilateral beskrivelse af aftaler om begrænsning af sygefravær og arbejdsfastholdelse]

Krav 2

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

2.1 Det løbende samarbejde

Det løbende samarbejde mellem kommunerne og regionen er organiseret som følger



Sundhedskoordinationsudvalget følger og drøfter efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne. Det betyder, at udvalget har til opgave at følge, hvordan de indgåede aftaler fungerer i praksis, herunder følge om aftalerne er implementeret samt om sundhedsaftalerne bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser.

Sundhedsstyregruppen består af repræsentanter på ledelsesniveau fra regionens kommuner og hospitaler samt repræsentanter fra Region Midtjylland. Formålet med styregruppen er at være sagsforberedende til Sundhedskoordinationsudvalget. Herudover bliver det løbende samarbejde og de overordnede problematikker i sundhedsaftalerne mellem kommuner, hospitaler og praktiserende læger drøftet med henblik på at sikre koordination mellem sektorerne.

Kontaktudvalget fungerer som forretningsudvalg for Sundhedsstyregruppen.

Ovenstående diagram viser endvidere, hvorledes det løbende samarbejde mellem hospitaler og kommuner er organiseret i klynger omkring hospitalsenhederne. Der afholdes såkaldte klyngemøder, hvor der ud over kommunerne og hospitalerne er deltagelse af almen praksis og regionalt sundhedssamarbejde og Center for

Folkesundhed.

For bl.a. at sikre sammenhængende forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud til borgerne afholdes der 2 årlige møder i hver klynge, hvor bl.a. overgange og sammenhænge mellem regionale og kommunale tilbud koordineres og drøftes.

Drøftelserne på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet omfatter spørgsmål om

- 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

Regionshospitalet varetager sekretariatsfunktionen for egne klyngemøder.

[Beskrivelse af arbejdsgrupper mv. nedsat under hver klynge]

Ud over den formaliserede klyngestruktur er der regionalt under Regionalt Sundhedssamarbejde nedsat en række tværsektorielt sammensatte netværk, fora og råd, der varetager faglig videndeling, sparring og koordinering af det tværsektorielle samarbejde på tværs af klyngerne indenfor en række specifikke områder, hvor forebyggelse og sundhedsfremme er en væsentlig del af indholdet. Det drejer sig om:

- Chefjordemoderrådet
- Forum for samarbejde om sundhedspleje
- Netværk for rygestopinstruktører
- Hjerneskaidesamrådet
- Temagruppe vedr. sundhedscentre

Regionalt Sundhedssamarbejde varetager opgaven med at koordinere denne type samarbejde, hvor der opstår behov for det.

2.2 Tilgængelighed af information

Sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og

sundhedsfremmetilbud forudsætter gensidigt kendskab til og overblik over de indsatser, der foregår i henholdsvis kommuner, praksissektor og på hospitalerne. Ved at gøre viften af regionale og kommunale patient- og borgerrettede tilbud tilgængelige sikres

- sammenhæng og tilgængelighed i information om regionale og kommunale patient- og borgerrettede tilbud til borgerne
- et grundlag for sammenhæng mellem de forskellige forebyggelsestilbud i kommunerne, regionen og almen praksis
- hurtig adgang til opdateret viden for det sundhedsfaglige personale
- Videndeling mellem samarbejdspartnerne
- at der ikke etableres parallelle tilbud i kommunerne og Region Midtjylland.

Der er enighed mellem Region Midtjylland og kommunerne om, at det fremadrettet er mest hensigtsmæssigt, hvis der kan etableres én fælles regional løsning. Spørgsmålet er dog ikke afklaret på regionalt niveau og derfor vil der i første omgang skulle indgås aftaler herom på klynge-niveau.

[Det aftales i den enkelte klynge, hvilket elektronisk værktøj, der benyttes i kommunikationen mellem det enkelte hospital og de tilknyttede kommuner.]

Hospitalerne vil dog som udgangspunkt beskrive og gøre forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud i egen klynge tilgængelig i e-Dok⁶.

Kommunerne og hospitalerne forpligter sig til at fremsende informationer om egne tilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde, som vil forestå opdateringen af listen. Kvalitetsafdelingen på hospitalet linker hertil fra e-Dok.

[Xx (funktion) i xx Kommune fremsender beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk)]

[Xx (funktion) på Regionshospital xx fremsender beskrivelser af sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til Regionalt Sundhedssamarbejde (rs-samarbejde@rm.dk)].

På kronikerområdet vil der for at sikre gennemsækeligheden for borgerne i forhold til patientuddannelsestilbud, der findes i regionen, blive etableret en hjemmeside med de tilbud, der findes i regionen. Tilbuddene formidles også i skriftlig form via foldere.

På tilsvarende vis vil kommunerne informere om de relevante kommunale sundhedstilbud til borgere med kronisk sygdom på de kommunale hjemmesider og i

⁶ Se bilag 5.4 for beskrivelse af e-Dok

skriftlig form via foldere, der gøres tilgængelige hos praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, hjemmesygeplejen, visitationen og borgerserviceafdelinger.

Krav 3

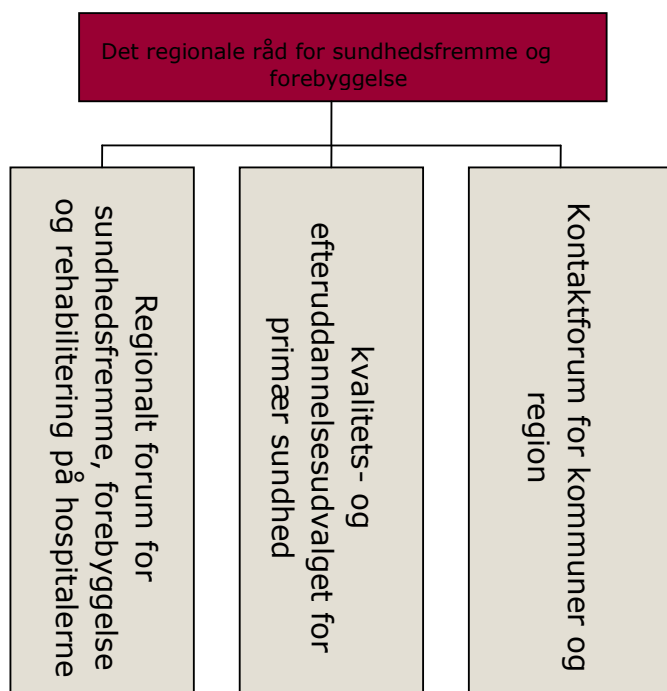
Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

3.1 Indledning

Som angivet ovenfor drøftes og koordineres det løbende samarbejde mellem sektorerne i Sundhedsstyregruppen og på de løbende klyngemøder. Det er imidlertid vurderingen, at der på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet er behov for et samlande regionalt råd, hvis primære opgave er at medvirke til

- en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af tilbuddene på tværs af sektorer
- at afdække og beskrive udviklingsbehov på tværs af sektorer
- at bidrage til kvalitetssikring af de tværsektorielle tilbud.

Det aftales derfor, at der nedsættes et særligt råd på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet, som skal fungere som en samlande overbygning på de faglige udviklingssøjler, der findes indenfor hver enkelt sektor (se afsnit 3.1.2) samt for de tværsektorielle råd, fora, netværk, der indenfor forskellige områder allerede er nedsat (se afsnit 3.1.3). Rådet refererer til Sundhedsstyregruppen.



3.1.1 Det regionale råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse

Det regionale råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse har deltagelse af hospitaler, kommuner, almen praksis, Regionalt Sundhedssamarbejde og Center for Folkesundhed. Sidstnævnte repræsenteret ved formændene for Kontaktforum for Kommuner og Region, Regionalt Forum for Sundhedsfremme og Forebyggelse og Rehabilitering på Hospitalerne og Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for primær sundhed. Hvorledes de tværsektorielle råd, fora og netværk skal repræsenteres er endnu uafklaret.

Rådets opgaver er at

- medvirke til at dagsordenssætte sundhedsfremme og forebyggelse
- Yde rådgivning til og kvalificere beslutningsoplæg til Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsstyregruppen
- Medvirke til faglig dialog på tværs af klyngerne. Emnerne kan være i forhold til tilrettelæggelse, udvikling, kvalitetssikring og evaluering af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatsen indenfor rammerne af den generelle samarbejdsmodel for sundhedsarbejdet.
- Sikre fokus og opfølgning på samarbejdet om implementering af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i relation til Den Danske Kvalitetsmodel og gode regionale og kommunale modeller for sundhedsfremme og forebyggelse som til

eksempel Netværket for forebyggende sygehuse og Sund by netværket.

- Udarbejde forslag til statusopgørelse til godkendelse i Sundhedsstyregruppen.
- Sikre koordinering af de faglige netværk.
- Bidrage til revision, udvikling og opfølgning på sundhedsaftalerne.
- Sikre planlægning og gennemførelse af den årlige konference på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet.
- Udarbejde overordnede retningslinier for arbejdsdelingen mellem region og kommuner. I de overordnede retningslinier for arbejdsdelingen skal der være rum for lokal forskellighed og mere specifikke aftaler, der indgår lokalt i klyngerne.

Rådet har alene en rådgivende funktion i forhold til kommunerne og regionen og kan således ikke træffe bindende beslutninger for kommuner og region.

Regionalt Sundhedssamarbejde varetager sekretariatsbetjeningen af rådet. Der afholdes tre årlige møder.

Rådets første opgave bliver imidlertid at drøfte, hvorledes rådets arbejde kan organiseres, så indsatsområderne (se afsnit 1.3) bevarer den bevågenhed, der er behov for fremadrettet.

3.1.2 Faglige udviklingssøjler fordelt på sektorer

Med henblik på at sikre og fremme den løbende sundhedsfaglige udvikling samt at sikre forankring af indsats, erfarings- og informationsudveksling samt videndeling, er der nedsat to fora: Et for hospitalerne benævnt: Regionalt forum for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering på hospitalerne og et for kommunerne benævnt: Kontaktforum for kommuner og region.

Almen praksis har valgt ikke at nedsætte et særskilt forum, men har placeret opgaven i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for primær sundhed. Udvalget er nedsat i regi af afdelingen for Primær Sundhed, Region Midtjylland.

Foraene mødes 3 gange årligt og der afholdes efter behov en årlig fælles konference med deltagelse af hospitaler, almen praksis og kommuner. Sekretariatsfunktionen varetages af Center for Folkesundhed.

3.1.3 Faglige råd, fora netværk

Ud over den formaliserede klyngestruktur er der under Regionalt Sundhedssamarbejde nedsat en række tværsektorielt sammensatte netværk, fora og råd, der varetager faglig videndeling, sparring og koordinering på tværs af klyngerne indenfor en række specifikke områder, hvor forebyggelse og sundhedsfremme er en væsentlig del af indholdet. Det drejer sig om:

- Chefjordemoderrådet
- Forum for samarbejde om sundhedspleje
- Netværk for rygestopinstruktører
- Hjerneskedesamrådet

- Temagruppe vedr. sundhedscentre

Regionalt Sundhedssamarbejde varetager opgaven med at koordinere denne type samarbejde, hvor der opstår behov for det.

Krav 4

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

4.1 Screening af patienter og borgere

Den systematiske afklaring af patientens behov for patientrettet forebyggelse skal udredes af den behandlende lægefaglige ekspertise i almen praksis eller på regionens hospitaler.

I forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel på hospitalerne vil der blive indført en standardiseret screening af patienter i relation til deres behov og motivation for forebyggelsestilbud.

Hospitalerne forpligter sig til aktivt i mødet med borgeren og patienten at forholde sig til dennes behov for patientrettede forebyggelsestilbud. Kommunerne forpligter sig i mødet med borgerne til at understøtte hospitalernes afdækning af behovet for patientrettet forebyggelse og til at stille kommunens eksisterende tilbud til rådighed. Både regionens og kommunernes personale betjener sig af den fælles oversigt og er dermed i stand til at give borgerne og patienter en specifik information om, hvor de kan henvende sig om råd og vejledning.

4.2 Koordination og informationsudveksling

Regionen og kommunen forpligter sig til, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse er koordineret i overensstemmelse med den faglige viden og evidens. Viden herom sikres gennem anvendelse af de udarbejdede forløbsbeskrivelser og så vidt muligt evidensbaserede retningslinier. Forløbsbeskrivelserne og retningslinierne udarbejdes i forlængelse af implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og gode regionale og kommunale modeller.

Der er i samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne opbygget en ramme omkring den patientrettede og borgerrettede forebyggelse gennem dannelse af tværsektorielle netværk og afholdelse af fælles tværsektorielle temadage. Disse skal fungere som platform for en fælles dialog om kvalitetsudvikling, kvalitetssikring og tilrettelæggelse af den patientrettede og borgerrettede forebyggelse. Temadage og erfaringsudveksling skal tage udgangspunkt i den nyeste viden om risikofaktorerne/kroniske sygdomme. Temadagene vil bl.a. kunne omfatte oplæg ved fagpersoner fra hospitalerne, således at der sker en systematisk specialiseret rådgivning fra hospitalerne til samtlige kommuner. Formålet er, at parterne har en

fælles forståelse af implementeringen af de fælles faglige standarder for forebyggelsestilbuddene i relation til risikofaktorer og kroniske patientgrupper, særlige målgrupper og effektive metoder på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

4.3 Fokus på uddannelse, kvalifikationer og kompetenceudvikling

For at sikre, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden, vil kommunerne og regionen sætte fokus på uddannelse, kvalifikationer og kompetenceudvikling. Kommunerne og regionen vil ligeledes bidrage til udvikling og forskning indenfor området.

Kommunerne og regionen vil holde sig ajour med de landsdækkende resultater og anbefalinger, der udarbejdes af Sundhedsstyrelsen.

4.4 Videndeling 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.

Det sikres bl.a. ved

- Temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner
- Etablering af faglige netværk
- Fælles skolebænk om relevante emner

Ved nye initiativer aftales det i Sundhedsstyregruppen, hvem der er ansvarlig for udførelsen af initiativer under ovennævnte overskrifter og hvordan disse finansieres samt hvem der varetager sekretariatsfunktionen.

[Beskrivelse af videndelingsinitiativer mellem regionshospitalet xx og xx Kommune]

4.5 Metodeudvikling:

Der er behov for at udveksle viden om, erfaringer med og resultater af forskellige sundhedspædagogiske metoder til ændring af livsstil, herunder deltagerstyrede eller deltagercentrerede arbejdsmetoder. Dette kan ske gennem fælles fora med undervisning og fortsat metodeudvikling.

Herudover kan der indgås aftaler om fælles metode- og kompetenceudvikling og samdrift af forebyggelsestilbud.

[Beskrivelse af fælles metode- og kompetenceudviklingsaftaler mellem regionshospitalet xx og xx Kommune].

4.6 Forskning og udvikling

Der er i relation til sundhedsaftalerne etableret en temagruppe om forskning og udvikling med det formål at fremsætte forslag til organisering af forskningssamarbejdet indenfor rammerne af den generelle sundhedsaftale, herunder sundhedsfremme og forebyggelse. Temagruppen er nedsat og har indledt sit arbejde.

Region Midtjylland og Århus Universitet har indgået en aftale om miljø for Folkesundhed, som er et ligeværdigt formaliseret samarbejde mellem Center for Folkesundhed og Institut for Folkesundhed om forskning og udvikling på folkesundhedsområdet.

Krav 5

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

5.1 Kontakt mellem kronisk syge og relevante aktører i region og kommune

Den behandlende enhed, der diagnosticerer kronisk sygdom eller en kronisk tilstand hos en borger, skal afdække behovet for tilbud om patientrettet forebyggelse og sørge for, at der sker en videreformidling af tilbud til borgeren.

Der arbejdes med at udarbejde forløbsprogrammer (kronikerprogrammer) for 3 sygdomsområder: 1) KOL, 2) diabetes 2 og 3) hjertekar-sygdomme. Vejledningen på disse områder vil tage udgangspunkt i programmerne, når de er udarbejdet og den lokale udmøntning heraf er aftalt. (Se afsnit 1.3.2.1)

Det er hospitalerne, kommunerne og de alment praktiserende læger, der har ansvaret for at sikre, at der sker en koordinering mellem sektorerne.

5.2 Tilbuddenes tilgængelighed

Regionen og kommunerne forpligter sig til at skabe viden i egne organisationer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi med henblik på at sikre, at borgere med kronisk sygdom får de relevante tilbud på rette tidspunkt jf. krav 5.4.

Det er forskelligt, hvordan de enkelte kommuner har valgt at organisere arbejdet med at vejlede borgere og sundhedsprofessionelle om kommunens tilbud. I samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut er der igangsat en række projekter, hvor forskellige modeller bliver evalueret.

Mange kommuner har ansat kommunale praksiskonsulenter, der kan hjælpe med formidlingen af de kommunale tilbud til de praktiserende læger i området. De praktiserende lægers hjemmeside www.praksis.dk, som er en del af sundhed.dk, er et væsentligt omdrejningspunkt for formidlingen af information til almen praksis,

herunder formidling af viden om de kommunale og regionale tilbud om patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Disse oplysninger på praksis.dk er tilgængelige for alle, både sundhedsprofessionelle og borgere.

Når kronikerprogrammerne er udarbejdet, vil disse blive gjort tilgængelige på flere forskellige måder. De vil blive offentliggjort de steder, hvor det er relevant for de sundhedsprofessionelle. Samtidig er planen, at programmerne skal formidles til borgere både gennem hjemmesider og gennem trykte foldere.

For at sikre gennemsækeligheden for borgerne i forhold til de patientuddannelsesstilbud, der findes i regionen, vil der blive etableret en hjemmeside med de tilbud, der findes i regionen. Tilbuddene formidles også i skriftlig form via foldere. Da regionen blev dannet, blev der lavet en kortlægning af de patientuddannelsesstilbud, der eksisterede i hospitalsregi. Der er nu igangsat en ajourføring af denne kortlægning, som også vil omfatte kommunale tilbud til kroniske patienter. Denne reviderede kortlægning af tilbuddene er første skridt i arbejdet med hjemmesiden og folderne.

På tilsvarende vis forpligter kommunerne sig til at informere om de relevante kommunale sundhedsstilbud til borgere med kronisk sygdom på de kommunale hjemmesider og i skriftlig form via foldere, der gøres tilgængelig hos praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, borgerserviceafdelinger, hjemmesygeplejen og visitationen.

[Beskrivelse af eventuelle særlige kommunale indsatser i forhold til at sikre tilgængelig information]

Krav 6

Hvordan parterne følger op på aftalen.

6.1 Opfølgning på sundhedsaftalerne

Sundhedskoordinationsudvalget følger og drøfter efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stiller sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne. Det betyder, at udvalget følger, hvordan de indgåede aftaler fungerer i praksis, herunder aftalernes implementering samt om aftalerne bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser.

Sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet følges og drøftes endvidere løbende på Sundhedsstyregruppen samt på klyngemøder.

Sundhedsstyregruppe følger op på

- Det løbende samarbejde mellem sektorerne
- Opgavefordelingen mellem sektorerne

- Samarbejdet om implementeringen af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i relation til den danske kvalitetsmodel
- Udviklingen i aktivitet og økonomi
- Region Midtjylland udarbejder 2 gange årligt (1. april og 1. oktober) aktivitets- og økonomioversigter på klynge- og kommuneniveau. Aktivitets- og økonomi spørgsmål behandles løbende i den stående temagruppe vedr. økonomi. Oversigterne drøftes som et fast punkt på de halvårslige klyngemøder.

Det regionale råd for Sundhedsfremme og forebyggelse udarbejder med udgangen af denne aftaleperiode en statusopgørelse. Statusopgørelsen kan indeholde nedenstående elementer. Det bliver et af Det regionale Råds første opgaver at udarbejde forslag til indhold til statusopgørelse til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

- Vurdering af om de indgåede aftaler er overholdt
- Vurdering af kvalitetsniveauet i de tilbudte forebyggende og sundhedsfremmende ydelser
- Vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering
- Vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer i det samlede sundhedstilbud
- Audit af et antal patientforløb

Resultaterne fra statusopgørelsen indgår som input i udviklingen af 2. generationssundhedsaftalerne og bidrager til at anviser fremadrettede samarbejdsområder

Det regionale råd for Sundhedsfremme og forebyggelse følger og drøfter ligeledes det løbende samarbejde mellem sektorerne.

[Hvorledes opfølgningen i forhold til de bilaterale aftaler er organiseret og planlagt - herunder hvem der har ansvaret for opfølgningen, på hvilke måde og efter hvilke metoder samt hvornår der skal følges op – skal beskrives bilateralt]

Aftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser

6. Aftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser

Voksenområdet

Krav 1

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

1.1 Generel arbejdsdeling

Kommunerne og Region Midtjylland varetager i fællesskab med de praktiserende læger og speciallæger behandling i forhold til mennesker med sindslidelser samt mennesker med demens.

Målgruppen for den regionale behandlingspsykiatri er mennesker med de mest alvorlige sindslidelser: f.eks. skizofreni og andre psykoser, alvorlige affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser og komplicerede demenslidelser. Behandlingen af alvorlige psykiske lidelser kan også foregå i praksissektoren. De almenpraktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger i psykiatri varetager den helt overvejende del af behandlingen af lettere psykiske lidelser.

Mennesker med sindslidelser har forskellige behov for behandling og social indsats. På denne baggrund er det almindeligt at skelne mellem:

- *en almenpsykiatrisk/gerontopsykiatrisk målgruppe*, som alene har behov for psykiatrisk behandling i det regionale psykiatriske sundhedsvæsen og i praksissektoren, og
- *en fælles målgruppe*, der udover psykiatrisk behandling har behov for forskellige former for kommunale sociale ydelser.

Supplerende til de almindelige kommunale sociale ydelser, har kommunerne en række specialiserede socialpsykiatriske tilbud, der er målrettet den fælles målgruppe.

For den fælles målgruppe, er det afgørende at tilbudene koordineres, således at den enkelte oplever, at der er en sammenhæng mellem de tilbud, som tilbydes af kommunen og regionen.

Der er enighed om, at det er afgørende at regionen og kommunen sikrer en koordination af hvem, der varetager opgaven i forhold til det enkelte menneske med en sindslidelse.

De nationale fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse: respekt, faglighed og ansvar er et godt afsæt for at bygge bro mellem kommunerne og

regionen og bør indgå i dagligdagens sprog, kommunikationsmåder, tænkemåder og handlinger ("*Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse*", Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet, 2005).

Region Midtjylland varetager følgende opgaver i forhold til mennesker med sindslidelser (i henhold til sundhedsloven og psykiatriloven):

- Behandling og den dertil knyttede observation, udredning, og pleje
- Modtagelse af patienter jvnf, Psykiatrilovens bestemmelser
- Modtagelse af patienter, som i henhold til retsplejeloven er dømt til mentalobservation, til behandling under anbringelse og anbringelse i varetægtssurrogat
- Ambulant behandling og/eller psykiatrisk tilsyn til patienter dømt til behandling i henhold til retsplejeloven
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Konsulentbistand til kommunerne og regionale institutioner
- Information til patienter og pårørende
- Vidensformidling i forhold til nærmeste samarbejdspartnere mhp. fælles udvikling og kvalitetssikring af indsatsen i overensstemmelse med faglig udvikling og evidens

Behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland er organiseret således at hovedparten af behandlingen af mennesker med en sindslidelse foregår i de almenpsykiatriske afdelinger, distriktpsychiatriske enheder og gerontopsykiatriske ordninger. Denne organisering er valgt for at sikre en sammenhæng mellem behandling og social indsats lokalt. For mindre grupper af mennesker med en sindslidelse med særlige behov varetager Region Midtjylland mere specialiserede opgaver fra specialklinikker og specialiserede sengeafsnit.

Der er pr. 1. januar 2007 gennemført en mindre tilpasning af de psykiatriske afdelingers optageområder samt etableret 3 voksenpsykiatridistrikter i Region Midtjylland. Det tilsigtes, at der gennem fortsat omstilling bliver entydige samarbejdsrelationer mellem kommunerne og distrikt.

På demensområdet fastholdes organiseringen af området med demensudredningsenheder både i psykiatrisk og somatisk regi.

Der vil i de kommende år blive gennemført omlægninger med henblik på at sikre ens serviceniveau, bæredygtighed og kvalitet i behandlingstilbudene. Kommunerne vil blive inddraget i dette arbejde, Som gennemføres over en årrække i sammenhæng med Region Midtjyllands Psykiatriplan

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

- Specialiserede socialpsykiatriske tilbud, der både kan have et forebyggende sigte tilgodese behov, for mennesker med en sindslidelse, i form af støtte- og kontaktpersonordning, bostøtte, botilbud, beskyttet beskæftigelse, aktivitets-, fritids- og værestedtilbud
- Visitation til de sociale tilbud
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Hjemmesygepleje
- Specialtandpleje
- Hjælpemidler
- Anmodning om værgebeskikkelse
- Aflastningstilbud og orlovsmuligheder for pårørende
- Behandling for alkoholmisbrug
- Lægelig behandling for stofmisbrug
- Rådgivning og støtte til at forebygge sociale problemer
- Sikre forsørgelsesgrundlag
- Trænings- og arbejdstilbud
- Personlig pleje og praktisk bistand
- Undervisningstilbud herunder kompenserende specialundervisning
- Information til brugere og pårørende

Kommunernes opgaver varetages af områdecentre, lokalcentre, hjemmeplejen, demensafsnit, demenskoordinatorer/-konsulenter, socialforvaltningen, bostøtte-teams, væresteder, forsorgshjem, støtte- og kontaktordninger, botilbud, døgntilbud, aktivitetstilbud, specialundervisningstilbud og jobcentre.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at det lokalt skal være tydeligt hvilke tilbud der findes. Det aftales lokalt mellem kommunerne og psykiatridistriktet, hvordan sociale tilbud, der ikke fremgår af tilbudsportalen, synliggøres.

1.2 Særligt om arbejdsdelingen vedr. demensområdet og dobbeltdiagnosepatienter

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at samarbejdet på demensområdet mellem kommunerne, praksissektoren og de gerontopsykiatriske ordninger tager udgangspunkt i de eksisterende samarbejdsaftaler på området. Der er endvidere enighed om, at der bør udarbejdes en fælles samarbejdsmodel på demensområdet, som er dækkende for hele regionen.

Kommunerne har på demensområdet en særlig forpligtigelse i forhold til tidlig opsporing. Almenpraktiserende læger har ansvaret for opstart og gennemførelse af udredning. Vurderer den praktiserende læge, at der er behov for yderligere udredning henvises til demens-udredningsenheder eller gerontopsykiatriske ordninger. Kommune og praktiserende læger har herefter et fælles ansvar for opfølgning.

Det er en generel erfaring, at kvaliteten af samarbejdet mellem de regionale

gerontopsykiatriske ordninger og kommunerne styrkes, når kommunerne har ansat demenskoordinatorer/-konsulenter, ligesom den tidlige opsporing, demensudredning og samarbejdet med praksissektoren styrkes. Der har været gode erfaringer med fælles undervisning/uddannelse, fælles temadage, videreudvikling af plejefaglige og pædagogiske metoder og fælles mødefora for personalet på demensområdet, hvilket gerne ses videreført.

For mennesker, som både har en behandlingskrævende sindslidelse af en vis sværhedsgrad og et behandlingskrævende misbrugsproblem (dobbeltdiagnosepatienter) gælder, at der er et delt behandlingsansvar. Behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland har ansvaret for den psykiatriske behandlingsindsats, mens kommunerne har ansvaret for behandling af alkoholmisbrug og den lægelige behandling for stofmisbrug. Der er enighed om, at der tilvejebringes en samlet beskrivelse af de behandlingsmæssige og sociale tilbud, der henvender sig til unge og voksne med sindslidelser, der også har et misbrug i hvert af de tre distrikter samt i børne- og ungdomspsykiatrien.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at de lokale samarbejdsfora, som er etableret mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland, skal sikre, at der er et hensigtsmæssigt samarbejde om dobbeltdiagnosepatienter, og at samarbejdet udvikles i 3 faser:

Fase 1: Etablering af lokale fællesteams vedrørende dobbeltdiagnosepatienter

Der etableres mindst et fællesteam for hvert af behandlingspsykiatriens almenpsykiatriske enheder. I Distrikt Øst baseres fællesteamet på det eksisterende samarbejde etableret omkring Team for Misbrugspsykiatri. Alle dobbeltdiagnosepatienter visiteres til det lokale fællesteam.

Fællesteamets opgave er koordinerende. Teamet har kompetence til at lægge en fælles koordinerende handleplan for henviste dobbeltdiagnosepatienter. Handleplanen omfatter behandling for både den psykiske lidelse og misbruget og tager hånd om patientens sociale situation i øvrigt. Den videre udredning og behandling samt socialindsats varetages af de respektive lokale behandlingsenheder og sociale tilbud.

Fællesteamet består af mindst 3 medlemmer, - én fra behandlingspsykiatrien, én fra hver kommunes misbrugsbehandling og én fra hver kommunes myndighedsfunktion på socialområdet. Teamet udvides ad hoc med repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Retspsykiatrien, Kriminalforsorgen og Regionpsykiatrien. Teamet skal have adgang til lægefagligbistand i et omfang, der aftales nærmere.

Der udarbejdes uddybende lokale procedurer for fællesteamets sammensætning og funktion samt henvisning.

Fase 2: Etablering af lokal koordinatorfunktion og regionsdækkende

videnscenterfunktion

Der forankres en koordinerende funktion i tilknytning til dobbeltdiagnoseneheden eller etableres en særlig koordinatorfunktion i de lokale fællesteam, som skal understøtte samarbejdet om fælles handleplaner og opfølgningen herpå samt varetage og sikre fælles undervisning.

Team for Misbrugspsykiatri, Århus Universitetshospital, Risskov får status som Region Midtjyllands Videnscenter for behandling af misbrug og psykiatriske lidelser. Team for Misbrugspsykiatri samler koordinatorene og de øvrige medlemmer af de lokale fællesteams til kurser og efteruddannelse. Team for Misbrugspsykiatri tilrettelægger et særligt uddannelsesprogram for de lokale koordinatore.

Finansieringen af koordinatorfunktionen og uddannelsesindsatsen fastlægges efter en model, som aftales mellem kommunerne og Region Midtjylland i Den Administrative Styregruppe vedrørende Rammeaftalen..

Fase 3: Specialiserede tilbud til dobbeltdiagnosepatienter i socialpsykiatrien.

I forbindelse med rammeaftalen på det sociale område tages løbende stilling til behovet for at specialisere de socialpsykiatriske bosteder i forhold til mennesker med sindslidelser, der også har et misbrug..

1.3 Overgangen fra ung til voksen.

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

Vedrørende børne- og ungeområdet henvises til vedlagte supplerende udkast til generel sundhedsaftale for børne- og ungdomspsykiatrien.

Krav 2

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

2.1 Koordinering mellem den sundhedsfaglige og den socialt faglige indsats og koordinering i forbindelse med indlæggelse og udskrivning

Kravene til samarbejde og koordinering i forhold til den fælles målgruppe er forskellige afhængige af karakteren og konsekvenserne af den psykiatriske sygdom, den enkeltes aktuelle tilstand, alder, funktionsevne, sociale forhold og netværk. Særlige forhold som f.eks., at der er børn i familien, misbrugsproblemer eller at den enkelte er underlagt retslige foranstaltninger kan indebære, at der er et stort antal

aktører, der løbende skal involveres og holdes orienteret for at sikre en sammenhængende indsats.

Det konkrete behov for kontakter, aftaler og information i forhold til mennesker med sindslidelser og mellem de involverede behandlere og støttepersoner afhænger bl.a. af, om personen med en sindslidelse i forvejen er kendt eller er ukendt i det psykiatriske hospitalsvæsen og i kommunen. Tilsvarende vil der være særlige krav til samarbejde og koordinering når behandlerne og støttepersonerne er vidende om, at en person med sindslidelse har manglende sygdomsindsigt, samt ved gentagende tilbagefald efter behandlingsophør og gennemført tvangsbehandling. Under særlige omstændigheder skal der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordineringsplan efter psykiatriloven.

2.1.1 Principper

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at arbejde for at sikre sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med sindslidelser, der både har behov for psykiatrisk behandling og social indsats. Samarbejdet tager udgangspunkt i en gensidig respekt for regionens og kommunernes forskellige myndighedsområde og visitationskompetence. Grundlaget for samarbejdet er følgende principper:

- Det er grundlæggende vigtigt, at parterne koordinerer indsatsen i respekt for det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse – herunder, at eventuelle pårørende inddrages i overensstemmelse med den enkeltes ønsker.
- Det er en forudsætning, at mennesker med sindslidelse giver sit samtykke til den ønskede udveksling af oplysninger. For mennesker, der ikke er i stand til selv at give et habilt samtykke, skal samtykket gives af en stedfortræder (pårørende eller værge).
-
- Det er i alle sammenhænge i mødet med mennesker med sindslidelser et mål, at motivere og støtte vedkommende til at tage størst mulig ansvar for beslutninger, egenomsorg og behandling. Jo større ansvar, den enkelte kan tage, jo mindre er behovet for involvering og koordinering fra behandlernes og støttepersonernes side.
-
- Forløbet skal tilrettelægges på en sådan måde, at patienten/brugeren medinddrages og har mulighed for aktivt at deltage i planlægningen af forløbet og i alle beslutninger der vedrører behandlingen og den sociale indsats. Herunder muligheden for at være med til at fastlægge indholdet i behandlingsplanen, en evt. udskrivningsaftale og den sociale handleplan. Hvis patienten/brugeren ikke selv habilt kan tage stilling til behandlingsforslag eller forslag om sociale ydelser skal pårørende, alternativt værge inddrages.
-
- Den overordnede tilgang i indsatsen for ældre med demens er, at det altid er

uhensigtsmæssigt at ældre med demens bliver udsat for flytninger – derfor bør indlæggelser af mennesker med demens forsøges forebygget.

Kommunerne og Region Midtjylland har som fælles målsætning, at indsatsen overfor menneske med sindslidelser på ethvert tidspunkt er koordineret i tilstrækkeligt omfang, og at der for alle parter inkl. personen selv, er klarhed over, hvem der har ansvaret for opgavevaretagelsen og for evt. koordination.

Der er endvidere enighed om, at det er vigtigt at alle involverede i samarbejdet og koordineringen kan handle hurtigt og fleksibelt. Ligesom det er vigtigt at sikre en gensidig tilgængelighed.

Tilsvarende er der enighed om, at koordinering og fælles planlægning skal indledes så tidligt som muligt i et forløb, uanset om et behandlingsforløb starter med en indlæggelse eller med en ambulant indsats. En tidlig koordinering skal sikre, at de nødvendige beslutninger træffes, så der ikke bliver unødigt ventetid i forhold til de eventuelle tilbud, som skal iværksættes. Kravet om tidlig koordinering og fælles planlægning er særlig vigtig i forbindelse med indlæggelse for at undgå unødigt forlængede hospitalsophold.

2.1.2 Procedurer

Kommunerne og Region Midtjylland forpligter sig til i deres procedurer at sikre følgende:

Kontaktpersoner i kommunen under indlæggelse og i distriktpsychiatrien:

Mennesker med sindslidelser kan have en eller flere kontaktpersoner i kommunen. Det kan være en sagsbehandler, en bostøtte-medarbejder, demenskoordinator, hjemmesygeplejerske eller andre personer som særligt følger brugeren.

Hvis brugeren har en fast kommunal kontaktperson eller skifter kontaktpersoner, er det kommunens ansvar at sikre at pågældendes kontaktperson i distriktpsychiatrien, demensudredningsenheden eller relevant psykiatrisk afdeling informeres herom. Brugeren inddrages i videst muligt omfang i dette. Hvis der ikke er udpeget en fast kommunal kontaktperson kan distriktpsychiatrien/den psykiatriske afdeling altid rette kontakt til patientens sagsbehandler i den kommunale forvaltning. Drejer det sig om mennesker med demens eller anden gerontopsykiatrisk lidelse kontaktes kommunens demenskoordinator/-konsulent eller anden med ansvar for området.

Patienten har under indlæggelse og ved evt. ambulant, distriktpsychiatrisk eller gerontopsykiatrisk behandling en eller flere faste kontaktpersoner, som patienten, eventuelle pårørende og kommunale kontaktpersoner kan henvende sig til. I forbindelse med indlæggelse eller ved overgang fra en behandlingsenhed til en anden orienterer den pågældende afdeling/behandlingsenhed den kommunale kontaktperson(er) om, hvem der er afdelings/behandlingsenhedens faste

kontaktpersoner.

Indlæggelse:

Straks efter en indlæggelse (senest den førstkommande hverdag) aftaler hospitalet personalet med patienten, at kommunale kontaktpersoner/kommunen orienteres om indlæggelsen. Patienten inddrages i videst muligt omfang i dette. Den praktiserende læge orienteres tilsvarende om indlæggelsen. Det aftales tidligt med patienten om pårørende skal orienteres og inddrages.

For at forebygge videnstab sikrer kommunen, at de oplysninger, der kan have betydning for indlæggelsen og planlægningen af det efterfølgende forløb, formidles til den psykiatriske afdeling.

En god indlæggelse for mennesker med demens fordrer at patienten ved indlæggelse følges af en person (fagperson eller pårørende), der kender patienten.

Tidlig kontakt:

Den psykiatriske afdeling tager kontakt til kommunens kontaktperson(er) for at aftale et samarbejds møde tidligt i indlæggelsesforløbet. På mødet indledes planlægningen af udskrivningen. Hvis patienten er velkendt og forløbet omkring patienten vurderes at være uproblematisk og uden behov for, at der træffes nye beslutninger om ydelser, kan en telefonisk kontakt være tilstrækkelig.

Behandlingsplan:

Den psykiatriske afdeling udarbejder en behandlingsplan senest en uge efter patientens indlæggelse jf. psykiatriloven. Ved henvisning til distriktpsychiatrien udarbejdes tilsvarende en behandlingsplan på baggrund af de første kontakter. Behandlingsplanen udleveres til patienten med mindre denne udtrykkeligt modsætter sig dette.

Udskrivning:

Med afsæt i patientens behov og problemstillinger forberedes udskrivning fra psykiatrisk afdeling løbende sammen med patienten og de involverede kommunale kontaktpersoner. Tidspunktet for udskrivning aftales så tidligt som muligt. Den psykiatriske afdeling sørger for, at patient, pårørende, kommunale kontaktpersoner og andre relevante parter er bekendt med udskrivningstidspunktet og informeres såfremt dette ændres.

Patientens praktiserende læge orienteres skriftligt om udskrivning fra hospital eller afslutning af et behandlingsforløb i distriktpsychiatrien ved udsendelse af brev, om muligt med edifact senest efter 7 dage.

Udskrivningsmøde:

Hvis patienten, den psykiatriske afdeling, den praktiserende læge eller kommunen ønsker det, afholdes et udskrivningsmøde mellem de implicerede parter for endeligt at koordinere udskrivningen, herunder udskrivningstidspunktet og kontakten med patienten efter udskrivning.

Uplanlagt udskrivning:

Hvis patienten forlader den psykiatriske afdeling, uden at dette er aftalt, orienterer afdelingen de pårørende og de kommunale kontaktpersoner. Efter konkret vurdering kan udeblivelse fra behandling i distriktpsychiatrien ligeledes give anledning til kontakt til kommunen.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner:

Ifølge psykiatriloven har overlægen en særlig forpligtelse overfor de patienter, der vurderes ikke selv at ville søge tilbud om behandling eller de sociale tilbud efter udskrivning. I disse tilfælde skal overlægen udarbejde en udskrivningsaftale med patienten; Aftalen koordineres med egen læge, den kommunale forvaltning og andre efter behov. Aftalen skal dreje sig om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten efter udskrivning.

Hvis patienten ikke ønsker at medvirke til en sådan aftale, har overlægen ansvaret for i samarbejde med relevante parter at udarbejde en koordinationsplan for den behandlingsmæssige og den sociale indsats over for pågældende.

Udarbejdelse af en koordinationsplan kan også komme på tale, hvis en patient forlader en psykiatrisk afdeling uden at dette er aftalt, og omstændighederne i øvrigt tilsiger dette.

Kommunal handleplan:

Kommunen udarbejder en skriftlig plan for den sociale indsats sammen med brugeren, jf. bestemmelserne i serviceloven. Kommunen skal minimum én gang årligt følge op på planen.

Tilsvarende udarbejder de kommunale og regionale socialpsykiatriske støttetilbud delplaner for indsatsen i de pågældende tilbud med tilsvarende opfølgning.

Brugen af dagbehandling, ambulant behandling, socialpsykiatriske tilbud og beskæftigelsestilbud mv. indarbejdes i de relevante handleplaner og koordineres mellem kontaktpersonerne.

Vedrørende børne- og ungeområdet henvises til vedlagte supplerende udkast til generel sundhedsaftale for børne- og ungdomspsykiatrien.

Krav 1

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

Tekst

Krav 1

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

Tekst

Krav 3

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

3.1 Procedurer

Et velkoordineret forløb forudsætter, at en borger med en sindslidelse, såvel som behandlere og støttepersoner har de informationer, der er relevante for at kunne handle efter samme mål og foretage en hensigtsmæssig planlægning.

Kommunerne og Region Midtjylland forpligter sig til i deres procedurer at sikre, at borgere med en sindslidelse oplyses om navnene på sine kontaktpersoner på den psykiatriske afdeling/distriktskykiatrien og har kendskab til, hvor vedkommende kan henvende sig for at få nærmere oplysning og rådgivning vedr. sygdommen og behandlingen heraf samt om relevante sociale ydelser. Hvis borger med en sindslidelse ønsker, at en pårørende medinddrages, har den pårørende adgang til samme information.

Parternes gensidige forpligtelser om information i forbindelse med indlæggelse og udskrivning mv. er angivet mere detaljeret ovenfor.

De psykiatriske behandlingstilbud i Region Midtjylland og oplysninger herom vil fremgå af regionens hjemmeside: www.regionmidtjylland.dk og www.sundhed.dk

De socialpsykiatriske tilbud i regionen vil fremgå af Socialministeriets www.tilbudsportalen.dk samt på regionens og de enkelte kommuners hjemmeside.

Tilbud til mennesker med demens vil fremgå af Demensdøren: www.demensdoeren.dk

Materialet vil yderligere kunne rekvireres ved at henvende sig hos regionen eller de enkelte kommuner.

3.2 Særligt vedr. Demensdøren

Kommunerne og Region Midtjylland forpligtiger sig til i forhold til indsatsen til mennesker med demens at ajourføre informationerne i Demensdøren, herunder hvilke tilbud der findes, samt hvordan kontakten etableres både til de kommunale og regionale tilbud. Alle kommunerne og de enkelte distrikter i regionen forpligtiger sig på at have en kontaktperson i forhold til Demensdøren.

3.3 Generelt vedr. udveksling af information

Der er enighed om, at arbejde for en rationalisering af arbejdsgangene med udveksling af skriftlig information mellem det regionale hospitalsvæsen, kommunerne og praksissektoren.

Det konstateres, at der er nedsat en arbejdsgruppe mellem kommunerne i regionen og Region Midtjylland, der drøfter tiltag til forbedringer af den elektroniske udveksling af oplysninger mellem det regionale hospitalsvæsen, kommunerne og praksissektoren. I den sammenhæng anbefales det, at der udvikles standarder/kliniske retningslinjer for hvilke oplysninger, der skal følge med patienten ved indlæggelse og udskrivning.

Krav 4

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

Se krav 3

Krav 5

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

5.1 Indledning

Det er vigtigt, blandt andet ud fra et forebyggelsesperspektiv at børn, der vokser op i en familie, hvor der er et menneske med en sindslidelse, får en barndom med omsorg, social kontakt og udviklingsmuligheder.

Tilsvarende er det vigtigt ud fra et behandlingsperspektiv, at den psykiatriske behandling og støtte tager udgangspunkt i borgerens samlede situation og i relevant omfang medinddrager forholdene omkring eventuelle børn med henblik på at understøtte forælderrollen og sikre hjælp og støtte til barnet, hvis der er behov herfor. Det drejer sig om biologiske børn eller andre børn, som den voksne med en sindslidelse har en nær relation til – f.eks. en samlevers barn eller mindreårige søskende til mennesket med en sindslidelse. Indsatsen rettes mod alle berørte børn i familien – dvs. børn i den "udvidede" familie: biologiske, samboende, tidligere

samboende mv. børn/søskende, hvis det vurderes at der er behov for indsats for disse. Det er vigtigt, at både kommunernes og regionens psykoedukative initiativer, som rettes mod de pårørende, også målrettes børn under 18 år.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at det er af afgørende betydning, at alle involverede parter, på ethvert tidspunkt i forbindelse med indsatsen i forhold til mennesker med sindslidelse, at vurdere, om der brug for en særlig indsats overfor eventuelle børn og, at der tages handling og foretages den nødvendige formidling af oplysninger, når hjælp vurderes at være nødvendig.

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

5.2 Procedurer i Regionen

Region Midtjylland forpligter sig til:

- under graviditet at afklare den gravides og det ufødte barns eventuelle behov for hjælp og støtte
- at forholdene omkring eventuelle børn altid udredes og væsentlige oplysninger registreres i forbindelse med indlæggelse eller kontakt i distriktpsychiatrien
- at børnenes forhold og aktuelle situation efter behov tages op med patienten ved behandlingsmøderne
- at patienten tilbydes hjælp til at kontakte den kommunale socialforvaltning, hvis der vurderes at være behov for særlig støtte og hjælp til barnet – om nødvendigt skal behandlingspsychiatriens medarbejdere kontakte socialforvaltningen gennem en underretning. (Den skærpede underretningspligt står altid over de almindelige regler om tavshedspligt for sundhedspersoner)
- at forældrene – i de situationer, hvor der ikke vurderes at være behov for støtte efter Servicelovens bestemmelser – tilbydes hjælp til at kontakte og informere de professionelle som er i børnenes daglige liv f.eks.: sundhedsplejerske, daginstitution, skolelærer eller PPR.
- at informere forældre med sindslidelse og deres børn om eventuelle muligheder for yderligere hjælp
- at børn er velkomne til at komme på besøg på psykiatrisk afdeling. Personalet skal medvirke til, at der i den forbindelse tages de fornødne hensyn til børnene – herunder følge op på begivenheder, som vurderes at kunne give anledning til bekymring og angst hos barnet
- at der er tilgængelig, opdateret information om pårørendepolitikker og evt. særlige støttetilbud på de relevante afdelingers/hospitalers hjemmeside eller i form af skriftligt oplysningsmateriale.

5.3 Kommunens procedurer

Kommunerne skal efter lovgivningen foranstalte undersøgelser, yde rådgivning og iværksætte støtte, hvis et barn vurderes at have behov herfor eller med forebyggende sigte. Det er også kommunens ansvar at iværksætte akut hjælp, hvis forholdene tilsiger dette.

Kommunerne forpligter sig til at:

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

Regionen og kommunerne er enige om at sikre, at ovenstående forpligtigelser er udmøntet i klare sagsange, og at disse procedurer samstemmes samt at eventuelle ændringer i sagsange igen afstemmes.

De lokale samarbejdsaftaler skal indeholde præcise beskrivelser af det konkrete samarbejde i forhold til børn i familie med et menneske med en sindslidelse. Der er enighed om at det er vigtigt at det af de lokale samarbejdsaftaler tydeligt fremgår: hvem, gør hvad, hvornår og hvor præcist henvender man sig.

Der er i psykiatrien og kommunerne gode erfaringer med samarbejde om særlige støttetilbud til både familier med børn samt med etablering af særlige gruppetilbud til børn (evt. etableret i samarbejde med frivillige organisationer). Der har endvidere været gode erfaringer med fælles uddannelse af nøglepersoner, som har særlige opgaver i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med sindslidelse og forældre med sindslidelse.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at der skal være et fortsat fokus på indsatsen til børn i familier med et menneske med en sindslidelse og at indsatsen og samarbejdet herom skal følges i de nye lokale samarbejdsorganer, som er etableret

mellem ledelserne i kommunerne og psykiatrien i Region Midtjylland i forbindelse med overgangen til ny struktur pr. 1.1. 2007.

Krav 6

Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om at holde hinanden informerede om ændringer i målgrupper, ydelser og kapacitet, som kan have konsekvenser for efterspørgslen efter den anden parts ydelser. Den gensidige forpligtelse til information håndteres afhængigt af ændringernes karakter i de lokale samarbejds møder, den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen eller gennem skriftlig information. Der er enighed om at større planforslag sendes i høring hos den anden part.

Kommunerne i regionen og Region Midtjylland er tilsvarende enige om løbende at drøfte samarbejdet og eventuelle kapacitetsmæssige problemstillinger indenfor både det kommunale og regionale ansvarsområde i de lokale samarbejdsfora, som er etableret mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland. Endvidere drøftes samarbejdet og kapacitetsmæssige problemstillinger på regionsniveau i den stående administrative styregruppe vedr. rammeaftalen, som er nedsat mellem kommunerne og Region Midtjylland.

For at fastholde, at der mindst en gang om året gennemføres en fælles drøftelse af parternes planlægning, er der enighed om, at de lokale samarbejdsfora på årets sidste møde drøfter de kapacitetsmæssige problemstillinger med udgangspunkt i de aktuelle belægningsoversigter, ventelister og opgørelser over antal færdigbehandlede patienter. En tilsvarende drøftelse sker på regionsniveau i den administrative styregruppe på årets første møde.

Det er aftalt, at den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen skal sikre en koordination mellem sundhedsaftaler og rammeaftalen på det sociale område, hvilket sker i forbindelse med indgåelsen af den årlige rammeaftale.

Vedrørende børne- og ungeområdet henvises til vedlagte supplerende udkast til generel sundhedsaftale for børne- og ungdomspsykiatrien

Krav 7

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om at følge op på sundhedsaftalerne i de faste lokale samarbejds møder, som afholdes mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland. Endvidere følges på regionsniveau op på sundhedsaftalerne i den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen.

De lokale samarbejdsfora gør på årets sidste møde status på sundhedsaftalernes

implementering og vurderer, om aftalerne i tilstrækkeligt omfang bidrager til at skabe sammenhæng og kvalitet i indsatsen på aftalen for mennesker med sindslidelser. Herudover drøftes udvalgte indsatsområder. Det aftales senest på årets næstsiste møde, hvorledes opfølgningen på sundhedsaftalen tilrettelægges, hvilke særlige indsatsområder som ønskes taget op til drøftelse, og hvorledes drøftelsen forberedes af parterne.

Den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen sætter på årets første møde "status på sundhedsaftalerne" på dagsorden med henblik på, at der på baggrund af de afholdte lokale statusmøder bliver lejlighed til at drøfte samarbejdet om indsatsen i forhold til mennesker med sindslidelser på regionsplan. Det aftales eventuelt at drøfte særlige indsatsområder.

Krav 8

Hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser (fra indlæggelse og udskrivning)

8.1 Indledning

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at det er helt centralt at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, først og fremmest af hensyn til borgeren/patienten, men også af hensyn til presset på de psykiatriske sengeafsnit og kontinuiteten i den enkeltes forløb. Samtidig betyder det nye finansieringssystem at indlæggelser bliver en udgift både for kommunerne og for regionen.

Aftalen skal medvirke til at sikre, at patienter kun indlægges akut på psykiatrisk afdeling, når det er vurderet, at undersøgelse, pleje og behandling ikke kan foregå ambulant, hvor patienten forbliver i hjemmet eller i kommunalt regi.

Samtidig er det vigtigt i samspillet mellem den kommunale og den regionale psykiatri at sikre at de borgere, der har brug for en intensiv behandlingsindsats eller har brug for at få den beskyttelse eller skærmning, som kan være nødvendig, når man ikke er i stand til at tage vare på sig selv eller kan være til skade for andre (jf. Psykiatrilovens bestemmelser), kan blive indlagt.

8.1.1 Regionens forebyggende indsats

Region Midtjylland forpligter sig til, at den regionale behandlingspsykiatri medvirker til at forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser ved:

- mulighed for akut/subakut vurdering efter henvisning fra egen læge
- rådgivning af almenpraktiserende læger i forhold til den konkrete patient
- fleksibilitet i den ambulante indsats – at ventetiden, indsatsen og intensiteten i kontakten afpasses efter patientens aktuelle behov, samt at indsatsen koordineres med den sociale indsats
- at medvirke til at forebygge videnstab i overgangene fra et system til et andet – ved at sikre at beslutningerne træffes tæt på patienten og de udførende led

- at medvirke til at der udarbejdes udskrivningsaftaler i samarbejde med patienten og kommunen – både når det gælder udskrivning fra sengeafsnit og fra distriktpsychiatrien – for de patienter, der vurderes at være særligt udsatte eller som vil have vanskeligt ved selv at henvende sig for at få hjælp
- at yde rådgivning til medarbejderne i de sociale tilbud i forhold til den konkrete bruger i den fælles målgruppe
- at orientere kommunen om at en borger fra kommunen er indlagt – under forudsætning af, at der er en samtykkeerklæring
- at orientere kommunerne, almenpraktiserende læger og vagtlæger om de tilbud regionen har, som kan være alternativ til indlæggelse
- at have kendskab til kommunens sociale tilbud, at informere patienterne herom og støtte patienten til at få kontakt til kommunen, hvis der er ønske herom

Region Midtjylland er enig i, at den regionale behandlingspsychiatri kan medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser ved at være tilgængelig. Det kan være i form af:

- let adgang til distriktpsychiatrien
- mobilteam/hjemmebehandlingsteam med let adgang/ubureaukratisk henvisningsprocedure
- en opsøgende indsats i forhold til gruppen af særligt udsatte patienter, hvor der er et forpligtende samarbejde mellem den behandlingsmæssige indsats og den sociale indsats
- skadestuefunktion
- samarbejde om psykiatriske døgtjenester
- muligheder for at patienter og pårørende kan henvende sig og få råd og vejledning
- psykoedukationstilbud som retter sig både til patienter og pårørende

8.1.2 Kommunernes forebyggende indsats

Kommunerne forpligter sig til, at medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser ved:

- fleksibilitet i den sociale indsats – at indsatsen og intensiteten i indsatsen afpasses efter brugerens aktuelle behov, samt at indsatsen koordineres med den behandlingsmæssige indsats
- at medvirke til, at der udarbejdes udskrivningsaftaler i samarbejde med brugeren og regionen – både når det gælder udskrivning fra sengeafsnit og fra distriktpsychiatrien – for de brugere, der vurderes at være særligt udsatte eller som vil have vanskeligt ved selv at henvende sig for at få hjælp
- at medvirke til at forebygge videnstab i overgangene fra et system til et andet – ved at sikre at beslutningerne træffes tæt på brugerne og de udførende led
- at sikre at behandlingspsychiatrien har en tydelig og synlig adgang til den kommunale socialpsychiatri
- målrettet opsøgende støttekontaktpersons-funktion
- at orientere behandlingspsychiatrien om kommunens socialpsychiatriske tilbud og

evt. sikre, at der er informationsmateriale tilgængeligt, som kan udleveres til brugerne

- at informere borgerne om de tilbud kommunen har, der kan benyttes i akutte situationer
- at sikre synlighed og tilgængelighed i de lokale socialpsykiatriske tilbud for brugere og pårørende

Kommunerne er enige i, at den kommunale socialpsykiatri kan medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser ved:

- at arbejde hen imod en 24-timers tilgængelighed, som er lokal og giver mulighed for kontakte til kendte medarbejdere, som kan give støtte og lave en faglig vurdering
- at arbejde hen imod et akutberedskab i form af personstøtte – evt. natten over – indtil brugeren kan få kontakt til en læge/kontaktperson, der kender brugeren
- en opsøgende indsats i forhold til gruppen af særligt udsatte brugere, hvor der er et forpligtende samarbejde mellem den behandlingsmæssige indsats og den sociale indsats

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om vigtigheden af løbende at drøfte temaet vedr. forebyggelse af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser i relevante samarbejdsfora.

Krav 9

Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats (forebyggelse og sundhedsfremme)

Kommunerne har i henhold til sundhedsloven ansvaret for den forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, der ikke foregår i tilknytning til behandling i hospitalsvæsenet eller i praksissektoren. Regionerne skal varetage den forebyggende indsats, som knytter sig til en given behandling. Herudover har Regionen tværgående opgaver inden for kvalitetssikring og udvikling af det forebyggende arbejde.

Mennesker med sindslidelser har generelt et højere forbrug af sundhedsydelser, en højere selvmordsdødelighed og en statistisk overdødelighed set i forhold til befolkningen som helhed. Udover følgevirkningerne af den psykiske sygdom er mennesker med sindslidelser også på en række områder generelt kendetegnet ved en mere usund livsstil og sundhedsadfærd end befolkningen som helhed.

Der vil kunne opnås yderligere forbedringer i sundheden og livskvaliteten for mennesker med en sindslidelse. Det kan dels ske gennem en generel forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats i forhold til livsstil og sundhedsadfærd. Dels gennem en patientrettet forebyggelsesindsats målrettet i forhold til at hindre eller begrænse forværring af sygdomstilstanden samt tab af kompetencer og netværk.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at det er vigtigt at sikre en løbende dialog om tilrettelæggelsen af parternes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Indsatsen baseres på fagligt anerkendte metoder og løbende kvalitetssikring. I nødvendigt omfang koordineres og udvikles indsatsen i det løbende samarbejde både lokalt og på regionsplan.

Samarbejdet om konkrete initiativer kan løbende aftales i de nye lokale samarbejdsfora, som er etableret mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland i forbindelse med overgangen til ny struktur pr. 1.1. 2007. Sundhedsfremme og -forebyggelse er et af de temaer, der kan indgå i den årlige opfølgning på den generelle sundhedsaftale i Den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen.

Krav 10

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

Se krav 9

Generel supplerende aftale vedr. Børne- ungepsykiatrien

Krav 1

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

1.1 Indledning

Kommunerne og Region Midtjylland er begge centrale parter i behandlingsforløbet indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. Parterne er enige om, at "det gode forløb" for borgeren forudsætter koordinering af en række områder i forbindelse med ind og udskrivning til og fra børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland. Ligeledes er det afgørende, at parterne afstemmer forventningerne til hinandens indsats, således at det sikres, at borgeren oplever det kommunale og regionale system så sammenhængende som muligt. Parterne er enige om at arbejde på, at borgeren i Region Midtjylland oplever kvalificerede og sammenhængende forløb.

1.2 Forhold inden undersøgelse eller indlæggelse

1.2.1 Henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland

Parterne er enige om, at henvisningsvejene til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland ensortes pr. 1. januar 2008, således at ikke-akutte henvisninger fremsendes til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center gennem praktiserende læge, praktiserende speciallæge, gennem anden hospitalsafdeling eller gennem specialiserede kommunale enheder. Hver kommune fastlægger visitationskompetencen internt i kommunen. Kompetencen søges placeret hos ledende medarbejdere.

Det er afgørende, at henvisninger fra kommunerne til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland er fyldestgørende og processen effektiviseres mest muligt til gavn for borgerne i Region Midtjylland. Parterne er derfor enige om, at følgende elementer, indgår i en henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland, jvnf. anbefalingerne i "Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og sociale sektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud", Sundhedsministeriet, 2001.

- Formålet med henvisningen – herunder hvilke foranstaltninger, der evt. er overvejet
- Resume af relevante oplysninger – herunder tidligere undersøgelser, hidtidige indsatser og effekten heraf.
- Barnet / den unges symptomer / problemstillinger.
- Familiens/barnets/den unges holdning til henvisningen og aftaler truffet med familien.

- Relevante praktiske oplysninger.

Parterne er enige om, at anbefale at henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland fra øvrigt sundhedspersonel indeholder de første tre pinde ovenfor.

Parterne er enige om, at det senere skal drøftes, om det er mest hensigtsmæssigt, at henvisninger følges af andre relevante informationer samt om der bør udarbejdes guidelines, til hjælp for henviser og modtager af henvisningen. Disse guidelines skal anskueliggøre, hvad der skal til for at et barn eller en ung kan henvises til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland.

Henvisninger, der er mangelfulde, kan medføre behov for at indhente yderligere oplysninger hos henviser, inden den endelige visitation foretages.

1.2.2 Visitation til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland

Det er kun en mindre del af den samlede gruppe af børn og unge med psykiske vanskeligheder, som undersøges og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien i sundhedssektoren. Undersøgelse og behandling af børn med psykiske vanskeligheder søges – ligesom andre sundhedsydelser i Danmark – foretaget på det organisatorisk laveste og mindst indgribende niveau.

Børn og unge skal generelt først henvises til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland, når deres forstyrrelser er så svære eller komplicerede, at andre professionelle behandlere finder deres muligheder udtømte, eller når sværhedsgraden af deres problemer er af en sådan karakter, at man ser sig ude af stand til at løse dem i primærsektoren. Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland vurderer ved visitation, hvorvidt det henviste barn/ung falder indenfor Regionens målgruppe/visitationskriterier. I de tilfælde hvor henvisningen afvises kontakter Børne- og Ungdomspsykiatrien skriftligt henviser med begrundelse for afslag.

Henvisninger vil, i overensstemmelse med Sundhedsministeriets retningslinier blive afvist i følgende tilfælde:

- Når barnet eller den unge ikke har symptomer på psykisk sygdom, men hvor der er tale om rent indlæringsmæssige problemer eller rent sociale problemer, som f.eks. omsorgssvigt.
- Når der er sket en tilstrækkelig udredning i primærsektoren, og hvor det umiddelbart ses, at henvisningen alene ønskes som led i en formel procedure – ”blåstempling” – i forbindelse med f.eks. visitation til specialundervisning, institutionsanbringelse eller anbringelse udenfor hjemmet uden forældresamtykke, og hvor der i øvrigt ikke er behov for børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering.

Der kan i overensstemmelse med Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsens

anbefalinger visiteres til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland ("*Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse*", Sundhedsstyrelsen, 2001 og Sundhedsministeriets anbefalinger i "*Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud*" Sundhedsministeriet, 2001):

- Ved mistanke om/eller påvist:
 - Psykoser
 - Affektive lidelser (mani, depression)
 - Tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker
 - Anoreksi
 - Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- Når børn og unge udfører alvorlige selvmordsforsøg.
- Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulenta af børn og unge ønskes iværksat.
- Ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande.

Ved visitationen foretages en børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering af problemernes sværhedsgrad og patientgruppen inddeles i to målgrupper:

- akutte/subakutte problemstillinger, hvor vurdering af et eventuelt behandlingsbehov skal foretages umiddelbart efter henvisning, samt
- tilfælde, hvor behandling er mindre presserende og patienten kan overgå til en venteliste.

Visitation ved akutte / subakutte behandlingsforløb

Ved en akut henvisning indenfor dagtimerne følges de almindelige henvisningsveje. Ved en akut henvisning udenfor dagtimerne, vil patienten efter den 1. januar 2007 blive modtaget på den eller de døgnfunktioner i Region Midtjylland, der modtager børn og unge med behov for akut psykiatrisk bistand udenfor dagtimerne.

Visitation til behandlingsforløb med venteliste

Parterne aftaler, at i forhold til de patienter, hvor behandlingsforløbet ikke umiddelbart igangsættes inden 3 måneder efter henvisningstidspunktet, tilbydes patienten / familien en ambulant kontakt med en faglig medarbejder. I invitationen til den første ambulante kontakt opfordrer Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland patienten / familien til, at Kommunen deltager heri. I forbindelse med den første ambulante kontakt får Kommunen mulighed for, at få Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjyllands vurdering af og overvejelser i forbindelse med behandlingsforløbet. Kommunen deltager i relevant omfang med henblik på at støtte familien i det videre forløb.

1.3 Undersøgelser-/behandlingsforløbet

1.3.1 Undersøgelses-/ Behandlingsstart

Ved indkaldelse af patient/forældre indhenter Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland aktuel status fra henviser.

Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland er forpligtet til at advisere kommunen hvis patienten / forældrene giver samtykke, så snart der i et undersøgelses-/behandlingsforløb i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland viser sig behov for opfølgende kommunale foranstaltninger. Kommunen inddrages så tidligt i behandlingsforløbet som muligt, eksempelvis i form af et netværksmøde eller en telefonisk samtale. Parterne er enige om, at der foreligger en akuttefonliste til umiddelbar anvendelse, således at Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland til hver en tid kan orientere kommunen om akutte indlæggelser og udskrivninger, hvis der er behov for kommunal opfølgning og patienten / familien giver samtykke.

1.3.2 Hospitalsundervisning

Parterne er enige om, at hospitalsundervisning er vigtig for det forløb, der igangsættes, når børn i den undervisningspligtige alder påbegynder behandlingen.

Parterne er enige om at arbejde efter at:

- Undervisningen igangsættes umiddelbart efter indlæggelsen, når den sundhedsfaglige vurdering er, at patienten kan profitere af undervisningen
- Undervisningen er adækvat i forhold til det enkelte barn

Parterne er enige om, at samarbejdet baseres på en aftale mellem Region Midtjylland og de tre kommuner, der driver hospitalsundervisning, for derved at tilstræbe en ens standard herfor.

1.4 Samarbejdet med kommunerne i forbindelse med udskrivning

1.4.1 Varsling af udskrivningstidspunkt / afslutning af ambulant behandling

Parterne er enige om, at Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland ved indlæggelsen anmoder patienten / familien om, at underskrive en samtykkeerklæring om at Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland må inddrage kommunen. Under forudsætning heraf, tilstræber Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland, at orientere Kommunen om patientens forventede udskrivningsdato hurtigst muligt. Ved planlagte ambulante behandlingsforløb orienteres kommunen senest 14 dage inden forventet afslutningstidspunkt, om den forestående behandlingsafslutning.

1.4.2 Udskrivningskonference

Parterne er enige om at, hvis patienten giver samtykke, inviterer Børne- og

Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland kommunen og andre relevante parter til en udskrivningskonference. Den sagsansvarlige i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland tager kontakten til den kommunale kontaktperson. Hvis det af henvisningen ikke fremgår hvem der er kommunens kontaktperson, er parterne enige om, at Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland sender en generel invitation til kommunen.

Begge parter tilstræber, at de indkaldte deltagere er i besiddelse af den relevante faglige kompetence.

Forud for udskrivningskonferencens afholdelse tilbydes, at der afholdes formøde (evt. telefonisk) mellem den sagsansvarlige i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland og den kommunale kontaktperson, hvor diagnosen, undersøgelsesresultater og eventuelle støtteforanstaltninger diskuteres og forventningerne drøftes inden patienten/forældrene præsenteres for konkrete støtteforslag. Initiativet til formødet kan komme fra enten Region Midtjylland eller kommunen.

På udskrivningskonferencen fremlægger Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland den endelige diagnose, en redegørelse for relevante undersøgelsesresultater, en beskrivelse af såvel barnet/ den unges ressourcer samt støttebehov samt et realistisk skøn over, hvilken effekt støtten forventes at give.

Kommunen fastlægger den endelige handleplan i samarbejde med forældrene og patienten. Når der er truffet beslutning om videre foranstaltninger tilstræbes det, at kommunen efterfølgende skriftligt orienterer Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland herom.

1.4.3 Udskrivningserklæring/ udtalelse

I forbindelse med udskrivinger, hvor Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland anbefaler, at der iværksættes opfølgende foranstaltninger udarbejdes der en udskrivningserklæring/ udtalelse.

Erklæringen bør indeholde⁷:

- en redegørelse for relevante undersøgelsesresultater
- Diagnose – forklaret på dansk
- En beskrivelse af såvel barnet/ den unges ressourcer som støttebehov
- Et realistisk skøn over, hvilken effekt støtten forventes at give.
- En vurdering af, hvad der vil ske, hvis støtten ikke etableres.
- Navne på kontaktpersoner (inkl. ansvarlig speciallæge), der kan kontaktes ved

⁷ I overensstemmelse med Sundhedsministeriets anbefalinger i "Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud" fra 2001.

behov for nærmere drøftelse.

- Familien/ barnet/den unges holdning til afdelingens beskrivelse og råd

Punkterne i erklæringen er i overensstemmelse med Sundhedsministeriets anbefalinger i "Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud" fra 2001.

Ved beskrivelsen af støttebehov skal Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland undlade at beskrive konkrete tilbud eller navngivne institutioner.

Udskrivningserklæringen fra Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland indgår sammen med PPR-vurderingen, Socialforvaltningens vurdering mm. i Kommunens beslutning om hvilken støtte der skal etableres. Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland vil i forbindelse med samtaler med forældrene informere om denne sammenhæng".

1.5 Færdigbehandlede patienter

Parterne er enige om, at for at skabe en så effektiv og smidig behandlingsovergang for patienter med psykiatriske lidelser som muligt er to forhold, udover selve behandlingen, centrale:

- At færdigbehandlede patienter ikke optager unødigt plads på afdelingerne fordi et opfølgende tilbud ikke er ledigt
- At patienter indgår i et kontinuert forløb mellem sundhedssektoren og kommunalsektoren uden passive venteperioder.

Hvornår er en patient færdigbehandlet?

Parterne definerer en patient som færdigbehandlet, når patientens tilstand er stationær på en sådan måde, at patientens behov for behandling og pleje ikke længere nødvendiggør indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Afgørelsen beror på en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde. Patienten skal være klar til øjeblikkelig udskrivning på færdigbehandlingsdagen. Færdigbehandlingsdagen skal være en hverdag, mandag – fredag, og datoen for færdigbehandlingen skal føres ind i journalen.

Definitionen på en færdigbehandlet patient vil kunne justeres ved ændringer i den officielle definition i lovgivningen.

Færdigbehandlede patienter med anbringelsesbehov

Parterne er enige om, at Regionen arbejder på, at der ikke udskrives patienter med anbringelsesbehov fra Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland uden, at Regionen samtidig giver et tilbud til Kommunen om plads i socialt regi i tilfælde, hvor kommunen endnu ikke har fundet et egnet anbringelsessted.

Råd og vejledning

Efter udskrivning står Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland til rådighed for patienten i forbindelse med selve udslusningen fra Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland. I forbindelse med udskrivningen kan patienten efter aftale kontakte afdelingen telefonisk for råd og vejledning vedrørende selve indlæggelsen umiddelbart efter udskrivning. Kommunen kan altid kontakte Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland i dagtimerne, hvis de har spørgsmål.

Krav 2

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

Se krav 1

Krav 3

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

Se krav 3 i den generelle aftale på psykiatriområdet

Krav 4

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

Se krav 1

Krav 5

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

Se krav 5 i den generelle aftale på psykiatriområdet

Krav 6

Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til mennesker med sindslidelser

1.6 Planlægning og styring af kapacitet

I 2008 indføres, at patienter under 19 år får ret til at lade sig undersøge på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med, hvis regionen ikke kan tilbyde udredning inden for 2 måneder. I 2009 udvides retten til at omfatte både udredning og behandling. Det er målsætningen, at også voksne patienter bliver omfattet af retten til hurtig udredning og behandling fra 2010.

Parterne er enige om, at der i regi af den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen løbende drøftes, hvorledes den kommunale og regionale indsats kan samordnes og supplere hinanden – jf. kommunernes og regionens forskellige myndighedsområder.

Region Midtjylland har aftalt med Århus Kommune, at etablere særlige procedurer for iværksættelse af en dialog på ledelsesniveau mellem de kommunale chefer og ledelsen af Børne- og ungdomspsykiatrisk Center i helt særlige akutte situationer, hvor et barn eller et ungt menneske vurderes eventuelt at kunne have brug for psykiatrisk bistand, og hvor de normale procedurer er udtømte og situationen er så kritisk, at de normale systemer er utilstrækkelige. Region Midtjylland tilbyder at indgå tilsvarende aftaler med regionens øvrige kommuner.

Det er i forbindelse med rammeaftalen på det sociale område nedsat en arbejdsgruppe, som skal sætte fokus på at sikre en samlet og koordineret indsats mellem kommunerne og Region Midtjylland fra den tidlige indsats til kontakten til børne- og ungdomspsykiatrien og endeligt den opfølgende indsats i socialt regi.

Der er endvidere enighed om, i de kommende år at gennemføre en undersøgelse af hvilke typer og hvilket omfang af døgnkapacitet, der er brug for.

Krav 7.

Opfølgning på aftalen

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om at følge op på sundhedsaftalerne i de faste lokale samarbejds møder, som afholdes mellem lederne i kommunerne og Region Midtjylland. Endvidere følges på regionsniveau op på sundhedsaftalerne i den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen.

De lokale samarbejdsfora gør på årets sidste møde status på sundhedsaftalernes implementering og vurderer, om aftalerne i tilstrækkeligt omfang bidrager til at skabe sammenhæng og kvalitet i indsatsen på aftalen for mennesker med sindslidelser. Herudover drøftes udvalgte indsatsområder. Det aftales senest på årets næstsiste møde, hvorledes opfølgningen på sundhedsaftalen tilrettelægges, hvilke særlige indsatsområder som ønskes taget op til drøftelse, og hvorledes drøftelsen forberedes af parterne.

Den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen sætter på årets første møde "status på sundhedsaftalerne" på dagsorden med henblik på, at der på baggrund af de afholdte lokale statusmøder bliver lejlighed til at drøfte samarbejdet om indsatsen i forhold til mennesker med sindslidelser på regionsplan. Det aftales eventuelt at drøfte særlige indsatsområder.

Bilag til aftalen

7. Bilag til sundhedsaftalen

Bilag til aftale om indlæggelse

1.1 Kontaktliste for borgere

Kommune	Telefonnummer	telefontider
Favrskov	8964 1010	Man. – ons. 8.30 – 15.30 Tors. 8.30 – 17.00 Fr. 8.30 – 13.00
Hedensted	7579 5000	Man.- ons. 9.00 – 15.00 Tors. 9.00 – 17.00 Fr. 9.00 – 13.00
Holstebro	9611 7574	Man. – ons. 8.00- 15.20 Tors. 8.00 – 17.00 Fre. 8.00 – 14.00
Herning	9628 2828	Herning Aulum Kibæk Vildbjerg
		Man. 9.30- 15.00 9.30 – 17.00
		Tirs. 9.30- 15.00 9.30 – 15.00 9.30 – 17.00
		Ons. 9.30- 15.00 9.30 – 15.00 9.30 – 17.00
		Tors. 9.30 – 17.00 9.30 – 15.00
		Fr. 10.00 – 12.00
Horsens	7629 2929	Man – ons. 8.00 – 15.30 Tors. 8.00 – 17.00 Fr. 8.00 – 13.30
Ikast-Brande	9960 4000	Man. – ons. 9.30 - 14.00 Tors. 9.30 - 17.00 Fr. 9.30 - 13.00
Lemvig	9663 1200	Man.-ons. 9.00 – 15.00 Tors. 9.00 – 17.00 Fr. 9.00 – 13.00
Norddjurs	8959 1000	Grenaa Auning
		Man. 8.30 – 15.00
		Tirs 8.30 – 15.00 10.00 – 17.00
		Ons 8.30 – 15.00
		Tors 8.30 – 17.00 13.00 – 17.00
		Fr. 8.30 – 12.00

Odder	8780 3333	Man. – ons. 10.00-15.00 Tors. 10.00-18.00 Fr. 10.00-15.00 Lør.10.00-12.00
Randers	8915 1515	Man. 9.00 – 18.00 Tirs. – tors. 9.00 – 16.00 Fr. 9.00 – 13.00
Ringkjøbing-Skjern	9974 2424	Man. – ons. 9.30 – 15.00 Tors. 9.30- 16.45 Fr. 9.30 – 13.00
Samsø	8792 2200	Man. – ons. 8.00 – 12.30 og 13.00 – 15.30 Tors. 8.00 – 12.30 og 13.00 – 17.00 Fr. 8.00 – 12.00
Silkeborg	8970 1000	Man. – ons. 8.00 – 16.00 Tors. 8.00- 18.00 Fr. 10.00 – 14.00
Skanderborg	8794 7000	Man. – ons. 8.00 – 15.00 Tors. 8.00- 17.30 Fr. 8.00 – 12.00
Skive		Man. – ons. 8.00 – 15.30 Tors. 8.00- 17.00 Fr. 8.00 – 14.00
Struer	9684 8484	Man – Ons. 8.00-15.30 Tors. 8.00 – 17.00 Fre. 8.00 – 13.30
Syddjurs	8753 5000	Man. – ons. 8.30 – 15.00 Tors. 8.30- 17.00 Fr. 8.30 – 12.00
Viborg	8787 8787	Man. – ons. 8.00 – 15.30 Tors. 8.00- 17.00 Fr. 8.00 – 13.30
Århus	8940 2222	Man-ons 8.00 – 16.00 Tors. 10.00 – 19.00 Fr. 8.00 – 16.00 Lør. 9.00 – 13.00

1.2 Kommissorium for arbejdsgruppen for elektronisk kommunikation på sundhedsområdet i Region Midtjylland

Baggrund

Elektronisk kommunikation og velfungerende it-systemer er centrale faktorer til at lette arbejdsgangen og støtte patientforløb på hospitaler, i kommuner og i almen praksis. Derfor er der en forståelse mellem de tre parter om, at der er behov for at udvikle modeller for samarbejde indenfor it og elektronisk kommunikation. Der er derfor nedsat en arbejdsgruppe, der skal behandle disse spørgsmål.

Arbejdsgruppen sammensættes af faglige repræsentanter fra kommunerne udvalgt af KKR, repræsentanter fra hospitalerne, en til to repræsentant(er) fra de alment praktiserende læger samt repræsentanter fra regionen/sundhedsområdet og psykiatrien. Arbejdsgruppen kan inddrage yderligere repræsentanter fra kommuner, region og andre relevante aktører i arbejdet. Medlemmerne i gruppen skal dække både det it-faglige, det organisatoriske og det juridiske felt.

Gruppens initiale fokus er på at fremme kommunikationen mellem region (hospitaler) og kommuner, hvorfor gruppen refererer og afrapporterer til den administrative styregruppe. Arbejdet med udviklingen af elektronisk kommunikation skal dog tænkes ind i en bredere kontekst, hvori større integration med praksissektoren er en grundpille. Derfor vil gruppen tillige referere til styregruppen for sundheds-it-systemer ligesom Strategisk Sundhedsledelsesforum skal holdes orienteret om arbejdet.

Arbejdsgruppen igangsætter arbejdet i maj 2007.

Arbejdsgruppens opgaver:

Det indledende fokus for gruppen bliver, at kortlægge de eksisterende projekter og kapaciteten for elektronisk kommunikation i region og kommuner.

På baggrund heraf skal arbejdsgruppen beskrive forslag til en teknisk og organisatorisk løsning på kommunikationen mellem kommuner og hospitaler på baggrund af MedCom-standarderne. Fokus skal i første omgang være etablering af kommunikation ved indlæggelser og udskrivelser samt genoptræningsplaner. Praksissektoren skal indtænkes, da de praktiserende læger skal modtage genoptræningsplanerne på samme tid som kommunerne. På længere sigt kan opgaverne forskydes i retning af dybere integration af praksissektoren. Af denne grund vil det være formålstjenstligt, at medlemmerne af arbejdsgruppen varierer med det indsatsområde, der er særligt fokus på.

Arbejdsgruppen skal endvidere beskrive en tids- og handleplan for implementeringen af de udarbejdede tekniske og organisatoriske løsninger af planen. Endelig skal arbejdsgruppen lave et overslag over økonomien i projekterne.

1.3 Kommunale tiltag, der forebygger uhensigtsmæssige indlæggelser

1.4 Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af en pixi-udgave af sundhedsaftalen

1.5 Eksempel på nøgletalsoversigt

Silkeborg Klyngen

Periode:

Hvor intet andet er påført, gælder tallene for aktivitet på Regionhospitalet Silkeborg

Aktivitetstal	Favrskov		Silkeborg		Skanderborg	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Antal ambulante besøg						
Antal udskrivninger						
Antal sengedage						
Gens. antal sengedage pr. udskrivning						
Færdigbehandlede somatik ¹						
Færdigbehandlede psykiatri ²						
Genoptræning u. indlæggelse ³						
Genoptræning - alm. ambulant ⁴						
Genoptræning - specialiseret ambulant ⁵						
Hospice - sengedage ⁶						

1. Antallet af sengedage for færdigbehandlet i somatikken på Regionshospitalet Silkeborg

2. Antallet af sengedage for færdigbehandlet på Psykiatrien & Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland.

3. Antal afregnet ydelser

4. Antal afregnet alm. ambulant genoptrænings ydelser på RH. Silkeborg.

5. Antal specialiseret afregnet genoptræningsydelser

6. Hospices i Region Midtjylland

Kilde: InfoRM opdateret 10. oktober 2007: Antal ambulante besøg, Antal udskrivninger, Antal sengedage, eSundhed, ePortalen opdateret 17. oktober 2007: Færdigbehandlede somatik, Færdigbehandlede psykiatri, Genoptræning u. indlæggelse og Genoptræning - ambulant og hospice.

Økonomital	Favrskov		Silkeborg		Skanderborg	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Kommunal medfinan. sta. somatik						
Kommunal medfinan. amb. somatik						
Kommunal medfinan. genop. u. indl.						
Kommunal medfinan. sta. psykiatri ⁵						
Kommunal medfinan. amb. psykiatri ⁶						
Kommunal medfinansiering ⁷						
Kommunal medfinansiering, total ⁸						
Finansiering færdigbehandlede						
Finan. færdigbeh. psykiatri ⁹						
Finan. hospice ¹⁰						
Finan. alm. ambulant genoptræning						
Finan. specialiseret ambulant genopt.						
Kommunal finansiering, total ¹¹						
Total medfinan. og finan.						
Antal indbygger						
Udgifter pr. indbygger - K.M.						

5,6,9. Indenfor Region Midtjylland

7. Afregnet kommunal medfinansiering for aktivitet på RH. Silkeborg

8. Afregnet kommunale medfinansiering for alle hospitaler m.v.

10. Hospices i Region Midtjylland

1.6 Afregning mellem kommunerne og regionen

Grundbidrag

Det kommunale grundbidrag til regionerne kan udgøre et beløb på op til 1.500 kr. pr. indbygger (i 2003 pris- og lønniveau). Størrelsen af det årlige bidrag fastsættes af regionsrådet efter drøftelse i kontaktudvalget mellem regionen og kommunerne i regionen senest den 1. september, jævnfør bekendtgørelse nr. 390 af 2. maj 2006, § 2, stk. 3 og 4. To tredjedele af regionens kommuner kan blokere for stigninger i bidraget, der ligger ud over pris og lønudviklingen. Grundbidraget fastsættes tilstrækkeligt tidligt til, at kommunerne kan indarbejde det i budgettet for det kommende år.

Grundbidraget for det første år, i 2007, var fastsat i lovgivningen. Bidraget udgjorde 1.000 kr. pr. indbygger (i 2003 pris- og lønniveau) i alle regioner – svarende til 1.102 kr. pr. indbygger i 2007. Der er ikke sket ændringer i grundbidraget for 2008. Beløbet er pris- og lønreguleret, så det for 2008 svare til 1.133 kr. pr. indbygger. Det bemærkes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet forestår afregningen af grundbidraget med kommuner og regioner. I tabellen er vist antallet af indbyggere i Region Midtjylland fordelt på kommuner og kommunernes udregnet grundbidrag.

Kommune	Antal indb.	Grundbidrag 1.000 kr.
Horsens	80.171	90.833.743
Herning	83.882	95.038.306
Holstebro	56.615	64.144.795
Lemvig	22.062	24.996.246
Struer	22.527	25.523.091
Syddjurs	41.311	46.805.363
Norddjurs	38.183	43.261.339
Favrskov	45.427	51.468.791
Odder	21.637	24.514.721
Randers	93.644	106.098.652
Silkeborg	87.418	99.044.594
Samsø	4.104	4.649.832
Skanderborg	55.631	63.029.923
Århus	298.210	337.871.930
Ikast-Brandø	39.772	45.061.676
Ringkøbing-Skjern	57.968	65.677.744
Hedensted	45.217	51.230.861
Skive	48.260	54.678.580
Viborg	91.845	104.060.385
I alt	1.233.884	1.397.990.572

Kilde for indbyggertal: Indenrigs- og Sundhedsministeriets publikation: Kommunal udligning og generelle tilskud 2008 - juni 2007.

Aktivitetsbestemt medfinansiering

Den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering er fastlagt i loven om regionernes finansiering af 24. juni 2005. Det detaljerede regelgrundlag for den kommunale medfinansiering findes i cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet af 23. juni 2006.

De vigtigste regler fra cirkulæret om selve afregningen er:

Foreløbig afregning

På basis af det forbrug, der er indberettet til Sundhedsstyrelsens registre pr. den 10. i måneden efter ydelsesmåneden, foretager Sundhedsstyrelsen en foreløbig opgørelse af den kommunale medfinansiering

Årets første opgørelse pr. 10. februar beregner den kommunale medfinansiering baseret på regionens forbrug i januar måned. De efterfølgende opgørelser pr. 10. marts og frem til 10. februar efter ydelsesåret beregner den kommunale medfinansiering baseret på regionens forbrug den foregående måned med tillæg eller fradrag for forbrug i ydelsesåret, som vedrører ikke-tidligere afregnede ydelser eller værdiændringer af allerede afregnede ydelser. Der vil kunne forekomme betydelige ændringer i efterreguleringen for de enkelte måneder.

Den foreløbige opgørelse kan ses på hjemmesiden eSundhed.dk senest den 17. i måneden, eller førstkommande hverdag herefter, efter den måned, hvor aktiviteten har fundet sted.

Regionen opkræver på grundlag af Sundhedsstyrelsens meddelelse den kommunale medfinansiering for ydelsesmåneden fra kommunerne hver den 25. i måneden, eller førstkommande hverdag herefter, efter den måned, hvor aktiviteten har fundet sted.

Endelig afregning

På basis af det forbrug, der er indberettet til Sundhedsstyrelsens registre pr. den 1. marts efter ydelsesåret, foretager Sundhedsstyrelsen en endelig opgørelse af den kommunale medfinansiering for ydelsesåret.

Sundhedsstyrelsen giver på hjemmesiden eSundhed.dk meddelelse til regionen og kommunerne om den endelige opgørelse senest den 20. marts, eller førstkommande hverdag herefter, efter ydelsesåret. Regionen opkræver på grundlag heraf den kommunale medfinansiering for ydelsesåret fra kommunerne den 25. marts, eller førstkommande hverdag herefter, efter ydelsesåret. Det skal bemærkes at afregnet beløb fra patienter på fejllisten indgår i den månedlige afregning, men udgår af den endelige afregning.

Anvisning

Kommunerne anviser den kommunale medfinansiering til patientens bopælsregion. Betalinger anvises til regionen, så betalingen er til disposition den første bankdag i måneden efter den måned, hvor Sundhedsstyrelsens foreløbige opgørelse af den kommunale medfinansiering foreligger. Den endelige afregning anvises til regionen, så betalingen er til disposition den 1. april, eller førstkommande hverdag herefter, efter ydelsesåret.

Betalingerne afregnes via regionens og kommunernes konti i Offentligt BetalingsSystem (OBS) i henhold til gældende regler om dette system.

Revision

Regionsrådet afgiver senest 1. september efter ydelsesåret til Indenrigs- og Sundhedsministeren og kommunalbestyrelserne i regionen en revisionspåtegnet redegørelse for aktiviteten. Redegørelsen sendes i kopi til medlemmerne af Økonomigruppen.

Bilag til aftale om udskrivning

2.1 Lokale retningslinjer for kontaktpersoner på hospitalerne

2.2 lokale oversigtsskemaer for varsling af færdigbehandlede

2.3 Kommunale tilbud, der sikrer hurtig udskrivning

Bilag til træningsområdet

3.1: Oversigt over kommunernes varetagelse af almindelig ambulant genoptræning

Favrskov Kommune	Favrskov Kommune har overtaget alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan. Træningen foregår decentralt på lokalcentrene. Favrskov Kommune varetager langt de fleste opgaver selv, eneste undtagelse indtil videre er de senhjerneskedede med kognitive følger. Her foretages en individuel vurdering af Visitationen for genoptræning/ældre i samarbejde med faglig konsulent/hjerneskaderrådgiver fra Specialrådgivningen. Skønnes pågældende at kunne profitere af et kompenserende specialundervisnings tilbud for senhjerneskedede (kognitiv undervisning/træning), bevilges dette af Visitationen for Voksen Handicap/Psykiatri. Senhjerneske med udelukkende sprogmæssige problemer kan i flg. rammeaftale indgået med Region Midt indenfor kommunikationsområdet bevilges genoptræning i deres regi.
Hedensted Kommune	Hedensted Kommune overtog de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse pr. 1. januar 2007. Den almindelige ambulante genoptræning forestås dels af kommunens ergo- og fysioterapeuter (på lokale træningscentre eller i borgerens eget hjem), dels af praktiserende fys.klinikker i Hedensted kommune. De opgaver kommunens terapeuter selv varetager er typisk opgaver, der har en vis lighed med træningsopgaverne i forvejen og hvor borgeren evt. er afhængig af hjemmeplejen. Opgaverne, der videresendes til praktiserende fysser er typisk rygtræning, knæ, skuldre. Kommunens ergoterapeuter varetager den kognitive træning.
Herning Kommune	Herning Kommune overtog alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse 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.
Holstebro Kommune	Holstebro Kommune overtog de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan pr. 1. januar 2007. Træningen foregår som udgangspunkt på Holstebro Kommunes Rehabiliteringscenter, men kan også foregå i eget hjem eller på andre af kommunens centre i nærmiljøet. Kognitiv træning varetages ligeledes på ovennævnte lokaliteter og varetages af kommunens ergoterapeuter.
Horsens Kommune	Horsens Kommune har overtaget alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver. Genoptræningen udføres på et kommunalt træningscenter eller i eget hjem. Undtaget herfra er individuel rygtræning, som udføres hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Den kognitive træning varetages af trænende ergoterapeuter og kombineret med kompenserende undervisningstilbud på ASV - Akademi for specialundervisning til voksne og unge.
Ikast-Brande Kommune	Ikast-Brande Kommune overtog de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse, 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.
Lemvig Kommune	Lemvig Kommune overtog de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse, 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.

	Den kognitive træning udføres af relevant personale, primært i borgerens eget hjem. Ved behov konsulteres Center for Kommunikation, Hjerneskaderådgivningen.
Norddjurs Kommune	Norddjurs Kommune overtog de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan, pr. 1. januar 2007. Alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver udføres på kommunale træningscentre.
Odder Kommune	Odder Kommune overtog alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse pr. 1. januar 2007. I Odder Kommune udføres almen genoptræning af fysio- og ergoterapeuter tilknyttet Odder Kommunes Træningscenter. Den kognitive træning varetages af ergoterapeuter tilknyttet Odder Kommunes Træningscenter.
Randers Kommune	Randers Kommune har overtaget følgende almindelige ambulante genoptræningsopgaver pr. 1. januar 2007: Individuelle patienter: ▪ Skulder ▪ Hofte ▪ Knæ ▪ Ryg ▪ Arm ▪ Ben ▪ Fod ▪ Hænder ▪ Apopleksi Holdtræning: ▪ Skulderhold ▪ Knæhold konservativ ▪ Knæhold Acl. ▪ Rygskole Randers Kommune præciserer, at kommunen og Regionshospitalet Randers har delt de almindelige ambulante genoptræningsopgaver mellem sig og varetager disse i fællesskab. I 2008 og 2009 vil Randers Kommune overtage de resterende

	opgaver. Randers Kommune udfører den almindelige ambulante genoptræning i Randers Sundhedscenter og på 9 af kommunens områdecetre. Derudover har kommunen 2 døgngenoptræningsafdelinger. Randers Kommune anvender privatpraktiserende fysioterapeuter som "buffere" til de opgaver, kommunen i perioder ikke selv har kapacitet til at varetage. Den kognitive træning varetages af Randers kommunes terapeuter, Odinsskolen, talepædagogerne fra regionen.
Ringkøbing-Skjern Kommune	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. Træningen kan også foregå i eget hjem, eller eventuelt på arbejdspladsen, såfremt det er mere relevant. Kognitiv træning varetages af kommunens ergoterapeuter enten på træningscenter eller i hjemmet.
Samsø Kommune	Samsø Kommune overtog alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver pr. 1. januar 2007. Træningen, herunder den kognitive træning, varetages af kommunale terapeuter på træningscentre og i borgerens eget hjem.
Silkeborg Kommune	Silkeborg Kommune har overtaget de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan. Træningen, inklusiv den kognitive træning, udføres på lokale genoptræningscentre eller i eget hjem. Kommunen har indgået aftale med de privatpraktiserende fysioterapeuter om, at de fungerer som bufferkapacitet i forhold til konservativt behandlede ryg- og skulderpatienter.
Skanderborg Kommune	Skanderborg Kommune har overtaget alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver. Genoptræningen varetages af kommunens lokalcentre, Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter og privatpraktiserende fysioterapeuter. Den kognitive træning varetages primært af ergoterapeuterne

	på lokalcentrene.
Skive Kommune	Skive Kommune overtog alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse pr. 1. januar 2007. Alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver udføres på kommunale træningscentre eller i eget hjem. Genoptræning i KOL-skolen udføres på hospital.
Struer Kommune	Struer Kommune overtog alle almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse pr. 1. januar 2007. Struer Kommune har indgået aftale med privatpraktiserende fysioterapeuter om al almindelig ambulant genoptræning af knæ. Øvrig almindelig ambulant genoptræning – inklusiv den kognitive træning - udføres på kommunale træningscentre og ældrecentre eller i eget hjem.
Syddjurs Kommune	Syddjurs Kommune har overtaget følgende almindelige ambulante genoptræningsopgaver: Fysioterapi: ▪ Apopleksipatienter ▪ Ukomplerede akutte skadespatienter ▪ Hoftekirurgiske patienter (selv genoptræningen udføres i kommunen, mens behandlingsdelen udføres hos privatpraktiserende fysioterapeuter) ▪ Ukomplerede knækirurgiske patienter (ligament, menisk, brusk m.m) ▪ Ukomplerede benamputationspatienter ▪ Skulder/albueopererede patienter ▪ Rygopererede patienter Ergoterapi: ▪ Ukomplerede akutte skadespatienter ▪ Rygopererede I Syddjurs kommune tilbydes der almindelig ambulant genoptræning på kommunens syv trænings- og aktivitetscentre samt ved behov for en særlig intensiv træningsindsats på kommunens genoptræningscenter, hvor man kan indlægges til døgnophold. Den kognitive træning varetages på kommunens syv trænings- og aktivitetscentre.

	Nedenstående almindelige ambulante genoptræningsopgaver varetages ind til videre på et hospital: Fysioterapi: ▪ Astmaskole ▪ Gigtskole ▪ Lungeskole (KOL) ▪ Gyn/obs – descensusopererede patienter ▪ Inkontinenspatienter – hold ▪ Sværere bækkenløsningspatienter ▪ Brystkræftpatienter Ergoterapi: ▪ Gigtskole
Viborg Kommune	Viborg Kommune har overtaget alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse. Den almindelige ambulante genoptræning udføres på kommunale plejecentre og hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Den kognitive træning udføres på de kommunale plejecentre og i specielle tilfælde i borgerens eget hjem.
Århus Kommune	Århus Kommune har overtaget alle de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter sygehusindlæggelse. Århus Kommunes genoptræningscenter på Marselisborg Centret: Genoptræning af borgere med genoptræningsplan efter ortopædkirurgisk behandling. Lokalcentre/plejeboliger: Genoptræning af immobile borgere med genoptræningsplan efter ortopædkirurgisk behandling. De privatpraktiserende fysioterapeuter: Genoptræning af borgere med genoptræning efter sygehusudskrivning, som ikke omfatter ortopædkirurgisk behandling. Herudover har stort set alle praktiserende fysioterapeuter underskrevet en aftale om at være bufferfunktion for Århus Kommunes genoptræningscenter. Lokalcentre løser den kognitive genoptræning fra 1. april 2008. På sigt vil dele af denne opgave blive løst i Århus

	Kommunes Neurocenter, som indrettes på Marselisborg Centret med forventet åbning 1. december 2008. I Århus Kommunes Neurocenter samles genoptræningsopgaver vedr. borgere med apopleksi og andre neurologiske lidelser.
--	---

3.2: Genoptræningsplan

1. Patientens personoplysninger

Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer:

2a. Modtager: Kommune

Adresseoplysninger:

2b. Modtager: Hospital (specialiseret)

2c. Kopi: Egen læge

Egen læges/vikars ydernummer, navn, adresse og telefonnummer

3. Henvisningsdiagnose evt. bidiagnoser og helbredstilstand for genoptræningsforløb

ICD10	Kodebetydning
Bidiagnoser	
ICD10	Kodebetydning
ICD10	Kodebetydning
Helbredstilstand, der er årsag til genoptræningsbehov, supplerende kliniske oplysninger samt evt. vedlagt kopi af udvalgte dele af epikrisetekst. Fritekst:	

4. Praktiske oplysninger om borgeren

Eks.: Andet sprog end dansk, kørestol, handicaps, anden indkaldelsesadresse, særlige ønsker, ønsket behandlingstid og -sted, kørselsbehov:

Fritekst:

5a. Indlæggelses dato:

Dato:

5.b Udskrivnings dato

Dato:

6. Type af genoptræning

Sæt kryds og såfremt specialiseret genoptræning angives årsag(-er):

☐ Almen genoptræning (ZZ0175X)	
☐ Specialiseret genoptræning (ZZ0175Y) Årsag:	☐ Patientsikkerhed ☐ Tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau
☐ Egentræning efter instruks fra hospital (ZZ0175Z)	

7. Ambulant kontrol på hospital

Hvis ja, angives hvor og hvornår, ellers eftersendes dato for ambulant kontrol:

☐ Ja – hvor/Hvornår:

☐ Nej

☐ Ved ikke

8. Dato for kontakt til patient:

Tidspunkt for kontakt til patient om hvornår genoptræningen kan påbegyndes

Dato:

9. Funktionsevne før sygdom

Her beskrives funktionsevne i henhold til kropsdimension, aktivitet/deltagelse samt fysiske og sociale omgivelser*:

Kroppens funktioner

Aktivitet og deltagelse

10. Indsats under indlæggelse

SKS koder og betegnelse

SKS kode:	Evt. Beskrivelse:
SKS kode:	Evt. Beskrivelse:
SKS kode:	Evt. Beskrivelse:
SKS kode:	Evt. Beskrivelse:
SKS kode:	Evt. Beskrivelse:
Supplerende oplysninger:	
Anvendes til supplerende oplysninger som operationsbeskrivelse/røngtenbeskrivelse eller oplysninger	
Fra bandagist, neuropsykolog, diætist m.m.:	
Fritekst:	

11. Funktionsevнемålinger

Angiv funktionstest m.m. inkl. dato og score nedenfor:

Fritekst:

12. Aktuell funktionsevne på udskrivningstidspunktet

Her beskrives funktionsevne i henhold til kropsdimension, aktivitet/deltagelse samt fysiske og sociale omgivelser*:

Kroppens funktioner

Aktivitet deltagelse

13. Genoptræningsbehov ved udskrivning med beskrivelser af de begrænsninger i funktionsevnen, som genoptræningen skal rette sig imod

Her beskrives funktionsevne i henhold til kropsdimension, aktivitet/deltagelse samt fysiske og sociale omgivelser*:

Kroppens funktioner

Aktivitet og deltagelse

Omgivelsesfaktorer (fysiske og sociale omgivelser)

14. Hjælpemidler udleveret af hospitalet

Hvad er udleveret – (eks.: Kørestol, rollator, stokke, gangstativ, badebænk, toiletforhøjer, sengeklodser/forhøjer etc.):

Fritekst:

15. Supplerende oplysninger

(Lokale sundhedsaftaler, kvalitetsparametre m.m.):

Fritekst:

16. Afsender: Henvisende afdeling, hospital, region

Lægens titel, navn, telefonnummer og hospitalets navn:

17. Genoptræningsplan udfyldt af:

titel, navn, afdeling, telefonnummer, hospital

18. Kontakt for yderligere information vedr. **frit valg, patientvejleder m.m.**

(Forespørgsler vedrørende indholdet af genoptræningsplanen rettes til kommune (se pkt.2a) eller henvisende afdeling/læge (se pkt.18))

Kommune (almindelig genoptræning):

Se pkt. 2a: bopælskommune

Region (Specialiseret genoptræning):

Region Midtjylland
Patientkontoret
Skottenborg 26, 8800 Viborg
Tlf.: 87284870

Afsendt

Dato Navn

* Udvalgte parametre til beskrivelse af patientens funktionsevne i henhold til kropsdimension, aktivitet/deltagelse samt fysiske og sociale omgivelser. (ICF = International Classification of Functioning):
Kropsdimension/kroppens funktioner: Bevægeapparat, kredsløb, tale, syn, hørelse, kontinens, bevidsthedstilstand, intellektuelle funktioner og medicin

Aktivitet/deltagelse: *Indlæring, anvendelse af kundskaber, kommunikation, mobilitet, egenomsorg, husholdning, familiære og sociale relationer, organisering af opgaver, økonomi, fritid/interesser, samfundsliv*

Fysiske omgivelser: *Naturskabte, tilgængelighed, bolig, redskaber, inventar*

Sociale omgivelser: *Netværk, familie, venner og foreninger, aktivitetsstil*

3.3: Kontaktadresser på genoptræningsområdet i kommunerne i Region Midtjylland

Favrskov Kommune	Visitationsenheden Hovvej 76 8370 Hadsten Att.: Dennis Basler Hansen Telefon: 89 64 25 05 Fax: 89 64 23 96 (ring først!) E-mail: visitation@favrskov.dk
Hedensted Kommune	HUSET Rehabiliteringsafdelingen Att.: Karin Lindsay Ny Skolegade 4 8723 Løsning Telefon: 76 74 86 20 Fax: 76 74 86 21 E-mail: kal@hedensted.dk
Herning Kommune	Genoptræningsplaner: Herning Kommune Sundhedsafdelingen Rådhuset 7400 Herning Telefon: 96 28 40 91 Fax: 96 28 24 40 E-mail: social.sec@herning.dk (sikker e-mail, anfør som emne: att. Sundhedsafdelingen genoptræning) Andet end genoptræningsplaner: Afdelingsleder Vivi Altenburg Sundhedsafdelingen Torvet 12-18 7400 Herning Telefon: 96 28 28 28 E-mail: social.sec@herning.dk (sikker e-mail, anfør som emne: att. Afdelingsleder Vivi Altenburg)
Holstebro Kommune	Rehabiliteringscentret Ledende terapeut Jette Hingebjerg Thorsvej 69 7500 Holstebro Telefon: 96 11 48 00 Fax: 96 11 48 02 Sikker e-mail: rehabilitering@holstebro.dk

Horsens Kommune	Horsens Kommune Voksenservice, Sundhedsfremme og Beskæftigelse Myndighedsafdelingen Rådhusvej 8700 Horsens Telefon: 76 29 36 90 Fax: 76 29 38 78 E-mail: myndighed@horsens.dk
Ikast-Brande Kommune	Træningsområdet Frisenborgparken 26 7430 Ikast Leder af træningsområdet Birthe Fløe Telefon: 99 60 31 60/99 60 31 59 Fax: 99 60 44 25 E-mail: biflo@ikast-brande.dk
Lemvig Kommune	Sundhedsafdelingen Nygade 16 7620 Lemvig Att.: Birgitte Bennedsgaard Telefon: 96 63 11 83 E-mail: birgitte.bennedsgaard@lemvig.dk Dorthe Zimmermann Telefon: 96 63 11 71 E-mail: dorthe.zimmermann@lemvig.dk Fax: 96 63 12 36
Norrdjurs Kommune	For borgere i gl. Grenaa Kommune: Træningscenter Øst Karen Blixens Vej 1 8500 Grenaa Att.: Sekretær Ane Marie Sørensen Telefon: 89 59 30 11 Fax: 89 59 29 06 E-mail: ams@norrdjurs.dk For borgere i gl. Nørredjurs, Rougsø og Sønderhald kommuner: Træningscenter Vest Møllehjemmet Elme Allé 6 8963 Auning Att.: Fysioterapeut Dorte Bitsch Telefon: 89 59 21 77 Fax: 86 48 37 74 E-mail: dorb@norrdjurs.dk

Odder Kommune	Odder Kommunes Visitationsteam Kildegade 6 8300 Odder Att.: Fysioterapeut Niels Kristiansen Telefon: 87 80 37 00 Fax: 87 80 37 26 e-mail: niels.kristiansen@odder.dk
Randers Kommune	Visitationsenheden Regimentvej 1 8900 Randers Telefon: 87 11 02 50 Fax: 86 46 16 42 Visitationschef Helle Hansen Telefon: 87 11 02 51 / 29 36 22 50 E-mail: helle.hansen@randers.dk
Ringkøbing-Skjern Kommune	Myndighedsafdelingen Att.: Lene Brink Toften 6 6880 Tarm Telefon: 99 74 14 38 Fax: 97 36 27 84 E-mail: lene.brink@rksk.dk Kontakt vedr. genoptræningsplaner: Att.: Koordinator Hanne Larsen Sundhedscenter Vest Kirkegade 3 6880 Tarm Telefon: 99 74 15 94 E-mail: hanne.larsen@rksk.dk
Samsø Kommune	Samsø Sundhedsfremmecenter Møllebakkevej 7 Tranebjerg 8305 Samsø Att.: Nanna Salicath Telefon: 87 92 19 67 Fax: 87 92 19 68 E-mail: auns@samsøe.dk
Silkeborg Kommune	Ledende ergoterapeut Mette Bruun Genoptræningscentret Gudenåvej 1A 8600 Silkeborg Telefon: 21 20 14 17 Fax: 87 24 77 35 e-mail: genoptraeningscentret@silkeborg.dk

Skanderborg Kommune	Jeanett Søborg Genoptræningskonsulent Fagsekretariatet for Handicap og Social Psykiatri. Adelgade 44, 8660 Skanderborg Direkte nr. 87 94 78 84 Fax: 89 68 16 42 E-mail: jeanett.soeborg@skanderborg.dk Fra 1. august 2008: Lisbet Birkelund Schjødt Genoptræningskonsulent Fagsekretariatet for Handicap og Social Psykiatri. Adelgade 44, 8660 Skanderborg Direkte nr. 87 94 78 84 Fax: 89 68 16 42 E-mail: lisbet.birkelund.schjoedt@skanderborg.dk
Skive Kommune	Myndighedsafdelingen Anlægsgade 34, Durup 7870 Roslev Telefon: 99 15 66 60 Fax: 99 15 60 11
Struer Kommune	Helene Henriksen Sundhedscenter Struer Ølbyvej 43 7600 Struer Telefon 96 84 84 70 Mobil 23 44 68 40 E-mail: heh@struer.dk Fax 96 91 99 22
Syddjurs Kommune	Hanne Pedersen Genoptræningscentret Lundbergsvej 2 8400 Ebeltoft tlf. 87 53 56 59 E-mail: hp@syddjurs.dk Fax: 86 34 60 96
Viborg Kommune	Visitationen St. Sct. Hans Gade 2 8800 Viborg Telefon: 87 87 60 99 Fax: 87 25 26 37

Århus Kommune	Århus Kommune Sundhed og Omsorg Visitationen Skovvangsvej 97 8200 Århus N Telefon: 89 40 97 00 Fax: 89 40 97 10 E-mail: visitation-nord@mag3.aarhus.dk
---------------	---

3.4: Oversigt over hospitalernes terapiafdelinger

Hospitalsenheden Vest	<u>Herning:</u> Regionshospitalet Herning Ergoterapi- og fysioterapiafdelingen Gl. Landevej 61 7400 Herning Telefon: 99 27 26 00 Fax: 97 22 09 45 Medicinsk/reumatologisk gruppe: Ledende terapeut Kirsten Svendsen, hecksv@ringamt.dk Kvinde-barn gruppen: Ledende terapeut Eva Klose Jensen, hecekj@ringamt.dk Kirurgisk gruppe: Ledende terapeut Ulla Hansen, hecubh@ringamt.dk <u>Holstebro:</u> Regionshospitalet Holstebro Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen Lægårdsvej 12 7500 Holstebro Telefon: 99 12 51 50 Fax: 99 12 50 97 Medicinsk/reumatologisk gruppe: Ledende terapeut Winnie Munk, wimun@ringamt.dk Kirurgisk gruppe: Ledende terapeut Lone Lundager, lound@ringamt.dk Neurologisk gruppe: Ledende terapeut Karin Lassesen, akla@ringamt.dk
-----------------------	---

	<u>Lemvig:</u> Regionshospitalet Lemvig Rehabiliteringsafsnit N3 Østergade 30 7620 Lemvig Telefon: 96 63 47 21 Fax: 96 63 47 96 Ledende terapeut Teresa Bjorholm, ltb@ringamt.dk <u>Ringkøbing:</u> Regionshospitalet Ringkøbing Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen Nørreport 9 6950 Ringkøbing Telefon: 96 75 41 60 Fax: 96 75 41 94 Ledende terapeut Birgit Møller, rsdbm@ringamt.dk
Regionshospitalet Horsens	Regionshospitalet Horsens Terapiafdelingen Sundvej 30 8700 Horsens Telefon: 79 27 47 06 / 79 27 47 00 Fax: 79 27 49 35 Ledende terapeut Lene Lange, lene.lange@horsens.rm.dk
Regionshospitalet Randers	Regionshospitalet Randers Ergo- og fysioterapien Skovlyvej 1 8900 Randers Telefon: 89 10 26 72 Fax: 89 10 30 57 Ledende ergoterapeut Helle Kærgaard, HKA@rc.aaa.dk Ledende terapeut Apopleksiafsnittet, Marie Louise Nyborg, mny@re.aaa.dk Overfysioterapeut Ruth Kjelstrup, RUK@rc.aaa.dk

Regionshospitalet Silkeborg	<u>Hammel:</u> Regionshospitalet Hammel Neurocenter Voldbyvej 15 8450 Hammel Telefon: 87 62 35 80 Fax. 87 62 33 05 Kvalitetsudviklingsfysioterapeut Karen Langvad, neukl@sc.aaa.dk <u>Silkeborg:</u> Regionshospitalet Silkeborg Fysioterapien Falkevej 1-3 8600 Silkeborg Telefon: 87 22 22 11 Fax: 86 82 93 90 Medicinsk gruppe: Overfysioterapeut Lene Tinglef Svenstrup, fyslts@sc.aaa.dk Kirurgisk gruppe: Overfysioterapeut Line Jespersen, fyslj@sc.aaa.dk
Regionshospitalet Viborg	Regionshospitalet Viborg Fysio- og ergoterapi Heibergs Allé 4, 3 8800 Viborg Ledende ergoterapeut Anette Hove Laustsen, anette.hove.laustsen@sygehusviborg.dk Overfysioterapeut Jørn Lind Jacobsen, joern.lind.jacobsen@sygehusviborg.dk
Århus Universitetshospital Skejby	Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen Brendstrupgårdsvej 100 8200 Århus N Overfysioterapeut Dorrit Holten Pind dhp@sks.aaa.dk Telefon: 89 49 55 70 Afsnit Nord, børneområdet og gyn/obs.området: afdelingsfysioterapeut Vibeke Olander Telefon: 89 49 55 91 vio@sks.aaa.dk

	Afsnit Syd, resten af Skejby's specialer: afdelingsfysioterapeut Signe Thorsø (fra 1/3 2008) Telefon: 89 49 55 71 Fax: 89 49 60 15
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	Århus Universitetshospital, Århus Sygehus Ergoterapi- og Fysioterapi-afdelingen Nørrebrogade 44, Byg. 3, 1.sal 8000 Århus C Telefon: 89 49 22 10 Fax: 89 49 22 20 Ledende terapeut Helle Kruuse-Andersen, hkrus@as.aaa.dk Ledende terapeut Ulla Skou, uskou@as.aaa.dk Kirurgisk gruppe Nørrebrogade: Ledende terapeut Trine Rold trold@as.aaa.dk Neurokirurgisk/neurologisk gruppe , Nørrebrogade: Ledende terapeut Kirsten Kiil Nielsen kknies@as.aaa.dk Medicinsk/reumatologisk/onkologisk gruppe Nørrebrogade: Ledende terapeut Birgitte Bille Brahe bibib@as.aaa.dk Kirurgisk gruppe Tage-Hansens Gade: Ledende terapeut Karen Hahn FYS03KH@as.aaa.dk Medicinsk /hjerte/hæmatologisk gruppe Tage- Hansens Gade: Ledende terapeut Hanne Kaagård Geriatrisk Afdeling: Ledende terapeut Dorte Nielsen

3.5: Oversigt over praksiskonsulenter

Inger Qvist
Praksisenheden Århus
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N
4087 7369
inger.qvist@stab.rm.dk

Kirsten Williams
Praksisenheden Horsens
Emil Møllersgade 41
8700 Horsens
4087 7399
kirsten.williams@stab.rm.dk

Niels-Bo Andersen
Praksisenheden Holstebro
Lægårdvej 12
7500 Holstebro
2393 6501
niels-bo.andersen@stab.rm.dk

Karen Nissen
Praksisenheden Holstebro
Lægårdvej 12
7500 Holstebro
2466 7732
karen.nissen@stab.rm.dk

3.6: Informationsbrev vedr. almindelig ambulant genoptræning

Du har fået udleveret din personlige genoptræningsplan. Hvis du har givet tilsagn hertil, er genoptræningsplanen også sendt til den kommune, hvor du bor og til din egen læge.

Tilbud om genoptræning

Senest 3 hverdage efter din kommune har modtaget din genoptræningsplan, vil du blive kontaktet. Din kommune vil orientere dig om, hvilken genoptræning den kan tilbyde dig ud fra din genoptræningsplan og kommunens serviceniveau.

Genoptræningen er gratis.

Frit valg

Du kan selv vælge i hvilken kommune din genoptræning skal finde sted. Hvis du vælger en anden kommune end din bopælskommune, skal du være opmærksom på, at der vil være begrænsninger i befordringsgodtgørelsen.

Andre kommuner kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage borgere, der ikke bor i egen kommune.

Hvis du ønsker at benytte en anden kommunes tilbud, skal du hurtigst muligt efter udskrivning fra sygehus tage kontakt til din egen bopælskommune. Du skal her oplyse i hvilken kommune, du ønsker genoptræning. Din kommune vil herefter tage kontakt til den ønskede kommune med henblik på det videre forløb. Efter aftale med dig videresender bopælskommunen din genoptræningsplan til den valgte kommune.

Kørsel

Når du skal til genoptræning er der faste regler for, hvornår du har ret til at blive kørt, hvornår du kan få udbetalt kørselsgodtgørelse, og hvornår du selv må betale for kørsel

Som hovedregel skal du selv sørge for kørsel.

Du kan blive kørt, hvis du på grund af helbredet ikke kan tage offentlig transport.

Du har mulighed for kørsel eller befordringsgodtgørelse ud fra følgende retningslinjer:

Du kan få befordringsgodtgørelse, hvis:

- du er pensionist (gælder ikke efterløn) eller
- din helbredstilstand udelukker befordring med offentligt transportmiddel eller
- afstanden til genoptræningsstedet overstiger 50 km.

Det er en betingelse, at udgiften til billigste offentlige transport er mindst 60 kr. og for pensionister mindst 25 kr.

Hvis du vælger et genoptræningssted på et andet sygehus, er din bopælskommune alene forpligtet til at yde befordringsgodtgørelse svarende til det, du vil være berettiget til, hvis du havde valgt det genoptræningssted, som dit udskrivende sygehus ville henvise dig til.

Ansøgning om befordringsgodtgørelse sendes til din bopælskommune.

Klageadgang

Klager over sundhedsfaglige vurderinger og afgørelser, der træffes i forbindelse med vurdering af dit genoptræningsbehov skal sendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Klager over serviceniveau eller befordring skal sendes til din bopælskommune.

Kommunal kontakt

Hvis du ønsker at kontakte din hjemkommune, kan du finde navn og telefonnummer på kontaktpersonen/kontaktafdelingen i din genoptræningsplan.

Med venlig hilsen
Din bopælskommune

3.7: Information vedr. specialiseret ambulant genoptræning

Du har fået udleveret din personlige genoptræningsplan til specialiseret genoptræning. For at du kan modtage genoptræningen, skal du give tilsagn om, at genoptræningsplanen sendes til den kommune, hvor du bor. Du kan også give tilsagn om, at genoptræningsplanen sendes til din egen læge.

Senest 3 hverdage efter, at du har modtaget din genoptræningsplan, vil du få et indkaldelsesbrev til genoptræning fra det hospital, som du kan blive genoptrænet på. Det kan også være, at du har fået et indkaldelsesbrev til genoptræning i forbindelse med, at du har modtaget din genoptræningsplan. Hospitalet vil orientere dig om hvilken genoptræning, du tilbydes ud fra din genoptræningsplan og hospitalets serviceniveau. Hospitalet vil tilrettelægge din genoptræning sammen med dig. Du vil som hovedregel blive tilbudt genoptræning på det hospital tættest på din bopæl, som kan udføre genoptræningen.

Genoptræningen er gratis.

Hvis du har spørgsmål angående din genoptræningsplan, kan du kontakte din kontaktperson. Navn og telefonnummer står i din genoptræningsplan.

Med venlig hilsen

Dit Regionshospital/dit Universitetshospital

3.8: Indkaldelsesbrev til specialiseret ambulans genoptræning

Kære xx

Vi kan tilbyde dig en tid til specialiseret ambulans genoptræning:

"Ugedag, dato, år og klokkeslæt"
"Afdeling og hospital"

Hvordan foregår selve genoptræningen?

Du har modtaget en personlig genoptræningsplan, der nærmere informerer dig om, hvad der skal foregå under selve genoptræningen.

Din genoptræning tager ca. "stopkode" uger, og kommer til at foregå som (3 valgmuligheder) holdtræning/individuel træning/selvtræning.

Valgmulighed: Du skal være forberedt på, at der kan være ventetid forud for genoptræningen.

Hvordan forbereder jeg mig - hvad skal jeg tage med?

Valgmulighed 1: Det er vigtigt, at du forbereder dig godt inden genoptræningen. (maks. 4 linje om, hvad der skal medbringes og/eller forberedes)

"Valgmulighed 2: Læs din genoptræningsplan grundigt igennem i god tid, inden du kommer."

"Valgmulighed 3: Der er ikke noget særligt at forberede sig på."

Hvordan finder jeg afdelingen?

"Valgmulighed 1: Vi har vedlagt en oversigt over, hvor du kan finde os, og hvor du kan parkere"

"Valgmulighed 2: "Oversigten på bagsiden af kuerten viser, hvor du kan finde os, og hvor du kan parkere."

"Valgfrit: Kom i god tid, da det kan være svært at finde en parkeringsplads"

"Valgfrit: Vi henviser til parkeringspladsen xxx."

"valgfrit: Det er gratis at parkere"

Afbud

Hvis du ikke kan tage imod den tid, vi har tilbudt dig, så kontakt os så hurtigt som muligt på telefon xx "eller mail xx", gerne inden for 3 hverdage. Det giver os mulighed for at tilbyde tiden til en anden patient.

Hvad gør jeg, hvis jeg hellere vil på et andet hospital?

Der er frit sygehusvalg i Danmark. Det betyder, at du frit kan vælge blandt alle landets hospitaler. Dog ikke privathospitalerne. Kontakt os, hvis du ønsker hjælp til valg af andet hospital.

Hvem kan jeg kontakte?

Du er altid velkommen til at ringe til os, hvis du har spørgsmål (valgfrihed: ", har behov for tolkebistand") eller ønsker at benytte det frie sygehusvalg. Vi træffes bedst mellem klokken xx

Med venlig hilsen

stilling + navn"

Afd.

Regionshospitalet xx"

tlf.nr., evt. flere

Generel information

Hvis du har givet samtykke hertil, er genoptræningsplanen også sendt til den kommune, hvor du bor, og til din egen læge. Genoptræningen er gratis for dig.

Kørsel

Når du skal til genoptræning er der faste regler for, hvornår du har ret til at blive kørt, hvornår du kan få udbetalt kørselsgodtgørelse, og hvornår du selv må betale for kørsel

Som hovedregel skal du selv sørge for kørsel.

Du kan blive kørt, hvis du på grund af helbredet ikke kan tage offentlig transport.

Du har mulighed for kørsel eller befordringsgodtgørelse ud fra følgende retningslinjer:

Du kan få befordringsgodtgørelse, hvis:

- du er pensionist (gælder ikke efterløn)
- din helbredstilstand udelukker befordring med offentligt transportmiddel
- afstanden til genoptræningsstedet overstiger 50 km.

Det er en betingelse, at udgiften til billigste offentlige transport er mindst 60 kr. og for pensionister mindst 25 kr.

Hvis du vælger et genoptræningssted på et andet sygehus, er din bopælskommune alene forpligtet til at yde befordringsgodtgørelse svarende til det, du vil være berettiget til, hvis du havde valgt det genoptræningssted, som dit udskrivende sygehus ville henvise dig til.

Ansøgning om befordringsgodtgørelse sendes til visitationen/ genoptræningskoordinatoren i din bopælskommune. Adressen fremgår af din genoptræningsplan.

Hjælp til valg af hospital

Vi hjælper gerne med at:

- Vejlede i valg af andet hospital
- Oplyse om genoptræningstilbud på andre hospitaler
- Henvise til genoptræning på et andet hospital

Læs mere

Vi har vedlagt:

- Pjecen "Frit valg af sygehus", hvor du kan få mere at vide om dine rettigheder som patient, og hvad der kræves, for at du kan benytte dig af fritvalgsordningen.
-

3.9: Informationsbrev vedr. egen træning efter indlæggelse (med genoptræningsplan)

Du har fået udleveret din personlige genoptræningsplan. Hvis du har givet tilsagn hertil, er planen også sendt til den kommune, hvor du bor, og til din egen læge.

Det er ved udskrivelsen vurderet, at du *selv kan varetage genoptræningen* (egen træning), ud fra det genoptræningsmateriale, du har modtaget i forbindelse med indlæggelsen (f.eks. øvelsesprogram, instruktion, vejledning).

Har du spørgsmål i forbindelse med egentræningen er du velkommen til at kontakte os. Nederst på sidste side i genoptræningsplanen kan du finde navnet på den fysioterapeut, der har udarbejdet genoptræningsplanen.

Med venlig hilsen

Dit Regionshospital/dit Universitetshospital

3.10: Informationsbrev vedr. egen træning efter indlæggelse (uden genoptræningsplan)

Det er ved udskrivelsen vurderet, at du *selv kan varetage genoptræningen* (egen træning), ud fra det genoptræningsmateriale, du har modtaget i forbindelse med indlæggelsen (f.eks. øvelsesprogram, instruktion, vejledning). Du har derfor ikke fået udleveret en genoptræningsplan.

Har du spørgsmål i forbindelse med egentræningen er du velkommen til at kontakte os.

(Kontaktinformation for det enkelte hospital/afdeling)

Med venlig hilsen

Dit Regionshospital/dit Universitetshospital

Bilag til hjælpemiddelområdet

4.1 Liste over kontaktoplysninger – hospitaler og kommuner

Hospitalsenhed / kommune		Tlf.nr. til kontaktperson vedr. hjælpemidler
Hospitaler	Hospitalsenheden Vest	9912 6979
	Regionshospitalet Horsens	7927 4700
	Regionshospitalet Randers	
	Regionshospitalet Silkeborg	
	Regionshospitalet Viborg	
	Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	8949 2285
	Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	Dækkes af Århus Sygehus
Kommuner	Favrskov Kommune	
	Hedensted Kommune	
	Herning Kommune	
	Holstebro Kommune	9611 4835
	Horsens Kommune	7629 3690
	Ikast-Brande Kommune	9960 3113
	Lemvig Kommune	
	Norrdjurs Kommune	
	Odder Kommune	8780 3721
	Randers Kommune	

	Ringkøbing-Skjern Kommune	
	Samsø Kommune	
	Silkeborg Kommune	8970 5050
	Skanderborg Kommune	
	Skive Kommune	9915 6660
	Struer Kommune	
	Syddjurs Kommune	
	Viborg Kommune	8787 6097
	Århus Kommune	8940 9700

Bilag til sundhedsfremme og forebyggelse

5.1: Definition at fremme sundhed og forebygge sygdom

Definition sundhedsfremme

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkelte sundhed og flokesundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetencer.

Definition forebyggelse

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden

5.2: Definition af sygdomsspecifik patientuddannelse og tværdiagnostisk patientuddannelse

- Den sygdomsspecifikke patientuddannelse kan være individuel eller gruppebaseret og omfatter initiativer, der retter sig mod personer med en specifik diagnose. Undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle og det drejer sig oftest om undervisning, som sigter mod at øge patientens sygdoms- og symptomforståelse, øge indsigten i sygdommens kort- og langsigtede konsekvenser samt gøre patienten bedre i stand til at følge den anbefalede medicinske behandling. De væsentligste dele af undervisningen er således formidling af viden om sygdom og behandling samt hjælp til konkret problemløsning. I forhold til patienter med kroniske lidelser vil der ofte også være fokus på mestring af livet med sygdommen.
- Den tværdiagnostiske patientuddannelse sigter mod såvel patienter med kroniske lidelser som udsatte grupper. Undervisningen kan eksempelvis omfatte initiativer i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. I forhold til patienter med kroniske lidelser har den tværdiagnostiske patientuddannelse til formål dels at forhindre, at sygdommen udvikles, dels at forbedre sygdomsforløbet samt at lære at mestre psykologiske og sociale aspekter af tilværelsen med en kronisk sygdom.

5.3: Sundhedsprofil: Hvordan har du det?

I sundhedsprofilen beskrives

- Helbred og sygdom ud fra tre synsvinkler: Selvvurderet helbred, kronisk sygdom og multisygdom
- Den voksne befolknings vaner på følgende områder: Rygning, alkohol, fysisk aktivitet kost samt overvægt.

Undersøgelsen er tilrettelagt på en sådan måde, at den beskriver det selvoplevede helbred, sygdom og sundhedsvaner i den voksne befolkning. Desuden beskrives demografiske og sociale forhold i region og kommuner. Den regionale sundhedsprofil skaber et fælles udgangspunkt for planlægning og prioritering af de regionale og kommunale tilbud og giver mulighed for at beskrive forskelle i sundhed, idet alle 19 kommuner i regionen får oplysninger om deres egne borgere.

Datamaterialet rummer mulighed for yderligere analyser på kommuneniveau. Center for Folkesundhed har derfor udarbejdet et stående tilbud om kommunale "pakker" mod betaling. Pakkerne indeholder et indledende møde med den enkelte kommune, hvor genstandsfeltet for analysen fastlægges, en uges analyse og en opfølgende afrapportering af resultater. Der er i 2007 og 2008 gennemført fire kommunale analyser og tre er under forberedelse.

Der udarbejdes tillige løbende tværgående analyser, som publiceres på Center for Folkesundheds hjemmeside som online rapporter. Interesserede kan tilmelde sig *Hvordan har du det? Online*. I 2007 er det udarbejdet fire on-line rapporter med følgende temaer: 1) Kroniske patienter: Sociale forskelle, 2) Stress og placering i jobhierarkiet, 3) Praktiserende lægers rådgivning om ændring af sundhedsvaner, 4) Fysisk sygdom hos psykisk syge.

Hvordan har du det? indeholder ikke oplysninger om etniske minoriteters sundhed. Et landsdækkende partnerskab med deltagelse af Århus, Odense og Københavns kommuner, Region Midtjylland, Syddanmark og Hovedstaden samt Sundhedsstyrelsen gennemfører i fællesskab en sundhedsprofil med repræsentation af de største etniske minoritetsgrupper i Danmark. Undersøgelsen er forankret i Center for Folkesundhed og offentliggøres i juni 2008. **I arbejdet deltager endvidere Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.**

Der er afholdt temadage med henblik på at eksemplificere, hvordan datamaterialet fra sundhedsprofilen kan anvendes i tilrettelæggelsen af regionale og kommunale tilbud. Temadagene tilrettelægges af Center for Folkesundhed.

5.4 Beskrivelse af e-Dok

Beskrivelse af e-Dok

e-Dok er et fælles elektronisk dokumentstyringssystem som Regional Midtjylland har etableret for regionens samlede sundhedsvæsen. e-Dok omfatter en elektronisk samling af dokumenter afgrænset til politikker, retningslinier og instrukser og er således en forudsætning for, at regionens hospitaler kan opnå akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Der er med andre ord tale om et fuldt udviklet system. Systemet vil senest være fuldt udrullet og vedligeholdt for hospitalernes vedkommende 1. januar 2009.

e-Dok skabelonen kan indeholde link til mere udførlige beskrivelser af tilbuddene i regionalt og kommunalt regi. Herved er der skabt mulighed for at beskrivelser af tilbud kan udprintes og udleveres til patienter og borgere.

e-Dok indeholder en kort beskrivelse af tilbuddet, visitationskriterier, de anvendte forebyggelsesmetoder samt kapacitetsmæssige forudsætninger. Kommunerne og hospitalerne har ansvaret for at beskrive egne tilbud.

e-Dok-skabelon:

Formål	Beskrivelse af formålet med dokumentet
Patientgruppe/patientforløb/anden målgruppe	Beskrivelse af hvilke patienter/klinisk situation dokumentet gælder for. Under ikke kliniske retningslinier kan målgruppe være f.eks. pårørende eller specifik personalegruppe.
Definition af begreber	Definer de begreber, der er relevante for forståelsen af det konkrete indhold i aktuelle dokument.
Fremgangsmåde	Indholdet bør være kort, præcist og gerne i punktform og/eller flowdiagram. Der kan indsættes fotos, illustrationer, grafik eller links til andre dokumenter, hvor brugeren kan hente uddybende oplysninger.
Dokumentation	Angiv det sted/steder, hvor handlinger og delhandling skal dokumenteres.
Ansvar	Præcisering af, hvem der har ansvaret for den konkrete handling eller arbejdsgang, der

	beskrives i dokumentet.
Referencer	Referencer og litteraturhenvisninger oplistes. Evt. udarbejdet baggrundsmateriale vedhæftes som fil.

Ud over data i skabelonen skal der fremgå en række såkaldte metadata på alle dokumenter, det vil sige oplysninger om:

Titel:	Det navn, dokumentet findes under i e-Dok. Titlen skal sige noget om indholdet i dokumentet.
Tekstforfatter:	Navn på forfatter(e) der har forfattet dokumentet.
Fagligt, kvalitets- og ledelsesansvarlige:	Navn på respektive godkendere.
Standard og indikator:	Her angives, hvilken standard, der refereres til i DDKM (hvis nogen).
Revisionsdato:	Defineres af den fagligt ansvarlige – højest tre år frem.
Resume:	Et kort resume, som underbygger titel og medtager ordene til elektronisk søgning. Hvilke kliniske spørgsmål/situationer giver dokumentet vejledning om.
Informationstype:	Her angives om det er en politik, retningslinie eller instruks.