

Region Midtjylland

**Sundhedsaftaler mellem Region Midtjylland og kommunerne i
Region Midtjylland**

Bilag

**til Regionsrådets
møde den 28. marts 2007**

Punkt nr. 16.1

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE MELLE ÅRHUS KOMMUNE OG REGION MIDTJYLLAND



Indholdsfortegnelse

Generelle sundhedsaftaler, baggrund, forhandlinger, opmærksomhedspunkter og Samarbejdsstruktur	3
Udkast til aftale om indlæggelses- og udskrivesforløb	10
Indlæggelse	11
Udskrivesforløb for svage, ældre patienter	24
Udkast til aftale på træningsområdet	43
Udkast til aftale på hjælpemiddelområdet	59
Udkast til aftale om forebyggelse og sundhedsfremme, Herunder patientrettet forebyggelse	67
Udkast til aftale om Indsatsen for mennesker med sindslidelser	79
Forslag til generel, supplerende sundhedsaftale om Børne- og ungdomspsykiatrien	96
Udkast til aftale om økonomi	104
Bilagsmateriale	111
Bilag til aftale om indlæggelse og udskrivelse	112
- definition på anvendte begreber vedr. indlæggelse	
- definition på anvendte begreber ved udskrivelse	
Bilag til aftale på træningsområdet	116
- Skema for genoptræningsplaner anvendt i Region Midtjylland	
- Skriftlig information om specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus	
- Skriftlig information om alm. ambulant genoptræning efter udskrivning fra sygehus	
Bilag til aftale om hjælpemiddelområdet	125
- hjælpemidler er reguleret ved	
- forslag til samarbejdsstruktur	
Bilag med økonomiske konsekvenser af sundhedsaftalen (det somatiske område) ...	128
Telefonliste – samarbejdspartnerne i sundhedsaftalen	130
Bilag til aftale om indsats for mennesker med sindslidelser	137
- administrativ aftale for lokalpsykiatri	
- økonomisk aftale for lokalpsykiatri	
- aftale om fælles udrykningsteam	
- aftale om konsulentbetjening på Socialforvaltningens voksenområde	

Generelle sundhedsaftaler – baggrund, forhandlinger, opmærksomhedspunkter og samarbejdsstruktur.

1.1. Baggrund.

Fra d. 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.

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 kommunikation 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 skal senest den 1. april 2007 indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Udkastet til sundhedsaftalerne er udarbejdet i regi af en administrativ styregruppe 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 den administrative styregruppe har der været nedsat 8 temagrupper, 5 temagrupper omkring de obligatoriske områder og 3 såkaldt frivillige områder indenfor økonomi, sundhedscentre og forskning og udvikling. I den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland er der medtaget et frivilligt område, nemlig økonomi. Det har ikke været meningen, at temagrupperne vedrørende de to øvrige frivillige områder skulle aflevere bidrag til den generelle sundhedsaftale.

1.2 Værdier for samarbejdet i sundhedsaftalerne for Region Midtjylland.

Formålet med at indgå sundhedsaftaler er at sikre 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.

Der er 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 parter kompetencer skal anvendes bedst muligt for at sikre optimale patientforløb.

Det gode samarbejde hviler på initiativpligten. Det betyder kort sagt, at den, der har borgeren/patienten, også har initiativpligten.

1.3 Sammenfatning af udkastet til de generelle sundhedsaftaler.

Med det foreliggende materiale er der tale om et ”første generations værktøj” – vil der være områder, som bliver justeret i forbindelse med de bilaterale aftaler.

- 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 enighed om at fastlægge varslingsfrister der som udgangspunkt gælder for alle hospitaler og kommuner i regionen.

- Indlæggelsesforløb

Sundhedsaftalen omhandler blandt andet, hvordan uhensigtsmæssige indlæggelser undgås. For eksempel indeholder aftalen et forslag til tjekliste for, hvad praktiserende læger og kommuner kan gennemgå i forbindelse med beslutning om indlæggelse. Der lægges op til, at man i de bilaterale aftaler forholder sig til oprettelse af aflastningspladser.

- Træningsområdet

Genoptræningsområdet er et af de områder, hvor ansvarsfordelingen på baggrund af strukturreformen ændrer sig markant, idet kommunerne overtager ansvaret for al ambulante genoptræning

Den del af den ambulante genoptræning, der defineres som specialiseret genoptræning skal foregå på hospital, hvor den almindelige ambulante genoptræning kan løses i kommunerne. På baggrund heraf er det væsentligt at have fokus på, hvad der er specialiseret henholdsvis almindelig ambulante genoptræning. Den konkrete arbejdsdeling på genoptræningsområdet aftales ud fra lokale vilkår og hidtidig praksis.

Sundhedsaftalen udgør en særlig udfordring blandt andet fordi der er forskellige forventninger til kapacitet og udgifter hos kommuner og region.

- Hjælpemiddelområdet

Aftalen beskriver arbejdsdelingen mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug. For at sikre at sammenhæng og koordination er den såkaldte ”initiativpligt” et gennemgående princip.

- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Forebyggelse og sundhedsfremme er et nyt område at indgå aftaler om. Hidtil har der ikke været formelle aftaler mellem sektorerne omkring forebyggende og sundhedsfremmende tiltag. I den generelle sundhedsaftale præsenteres 4 tværgående indsatsområder, som med fordel kan indgå i de bilaterale sundhedsaftaler; sundhedsprofil,- undersøgelsen ”Hvordan har du det?”, risikofaktorer og folkesundhed (rygeindsats), uddannelse af borgere med kroniske lidelser, (patientskoler og selvhjælpsgrupper), social ulighed – (tilbud i forbindelse med graviditet, sygefravær og arbejdsfastholdelse).

- 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 er opbygget en høj grad af krav til samarbejdet. Der skal i nærmeste fremtid udarbejdes en psykiatriplan som kan få betydning for

sundhedsaftalerne. Derfor kan der blive behov for at justere de bilaterale sundhedsaftaler, når psykiatriplanen er vedtaget.

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 psykiatriområdet 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. Dette gælder også kommunernes deltagelse i arbejdet med en kommende psykiatriplan.

- Økonomi

Udover aftaler på de obligatoriske områder er der udarbejdet en aftale på økonomiområdet. Aftalen indeholder økonomiske spilleregler for samarbejdet mellem kommuner og region på sundhedsområdet.

1.4. Den fremtidige administrative samarbejdsstruktur for sundhedsaftaler.

I nedenstående afsnit gives et overordnet bud på den fremtidige struktur på samarbejdet om sundhedsaftaler på det faglige/administrative niveau. Den administrative styregruppe konkretiserer samarbejdsmodellen.

Regionalt niveau

Den administrative styregruppe

På det regionale niveau er den administrative styregruppe et vigtigt omdrejningspunkt for samarbejdet, fordi der her er 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 og repræsentanter udpeget af de alment praktiserende læger. Regionen varetager sekretariatsfunktionen.

Arbejdet med sundhedsaftalerne er centralt for den administrative styregruppe. Gruppen arbejder dog også med andre områder, hvor der er en arbejdsdeling mellem region og kommuner på sundhedsområdet, og hvor der er behov for dialog, konkrete aftaler, koordination eller opfølgning. En vigtig opgave for gruppen er at være med til at forberede materiale, der forelægges de to politiske udvalg, Sundhedskoordinationsudvalget og Kontaktudvalget.

Den administrative styregruppe kan nedsætte temagrupper, der beskæftiger sig med konkrete udviklingsfelter og problemstillinger. Her er det dog vigtigt at tage hensyn til ønsket om at gøre samarbejdsstrukturen på det regionale niveau så enkel og så lidt ressourcekrævende som mulig af hensyn til det lokale arbejde. En regional gruppe skal kun nedsættes, hvis den skønnes at kunne bidrage væsentligt til den samlede opgavevaretagelse.

I arbejdet med sundhedsaftalerne deltog alle kommuner i temagrupperne. Fremover bør det overvejes i hvert enkelt tilfælde, om alle kommuner behøver deltage i den pågældende gruppe, eller om kommuner kan vælge at lade sig repræsentere af andre kommuner.

P. t er der tre af de 8 temagrupper omkring sundhedsaftalerne som fortsætter, nemlig økonomi, sundhedscentre og forskning/ udvikling.

Træningsområdet udgør, som tidligere nævnt en særlig udfordring, blandt andet fordi der er forskellige forventninger til kapacitet og udgifter hos kommuner og region. Der er derfor nedsat en regional følgegruppe bestående af repræsentanter fra hospitalerne, kommunerne og praksissektoren. Den regionale følgegruppe kan eksempelvis drøfte principielle spørgsmål på genoptræningsområdet og sikre koordinering af genoptræningsopgaven i kommunerne og på hospitalsenhederne.

For den del af sundhedsaftalerne, der vedrører mennesker med sindslidelser, 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 faste koordineringsopgaver – bl.a. koordinationen mellem sundhedsaftalerne på psykiatriområdet 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. Dette gælder også kommunernes deltagelse i arbejdet med en kommende psykiatriplan.

Lokalt niveau

Lokale styregrupper

Der foreslås nedsat en styregruppe, der vil have ansvaret for, at det lokale samarbejde fungerer. Styregruppen består af:

- Ledelsesrepræsentanter fra Århus Kommune, Sundhed og Omsorg
- Ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
- Ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Skejby
- Repræsentanter fra almen praksis (hvoraf den ene er Århus Kommunes praksiskonsulent)
- Repræsentanter fra Region Midtjylland, Regionalt sundhedssamarbejde og Center for folkesundhed

Sekretariatsbetjeningen varetages af kommune og region/hospital i fællesskab.

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

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

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

- Sikre implementering af og løbende opfølgning på monitorering/kvalitetsmåling
- Sikre fortsat faglig og kvalitetsmæssig udvikling af området

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

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

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

Parterne har endnu ikke lagt sig fast på en bestemt metode. Der er dog enighed om at sikre, at arbejdet med kvalitetssikring af patientforløbene stemmer overens med arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Der afholdes mindst 2 møder årligt. I 2007 forventes der afholdt flere møder. Styregruppen kan efter behov nedsætte arbejdsgrupper ad hoc eller permanent.

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

Vidensdeling sektorernes imellem

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

Dette sikres bl.a. ved :

Temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner

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

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

Etablering af faglige netværk

Region Midtjylland og Århus Kommune erkender, at det er vigtigt for kontinuiteten i patientforløb, at den faglige viden er ajourført både på hospital og i hjemmeplejen. Det er væsentligt at vide hvilke

kompetencer, der er til stede hos den anden part. Det gælder både i forbindelse med overvejelser om indlæggelse og ved udskrivelse af patienter med fortsat behov for pleje og eventuelt genoptræning.

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

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

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

Samtidigt har hospitalerne i Århus etableret patientskoler bl.a. indenfor samme diagnoser/lidelser, som er målgruppen for Århus Kommunes Sundhedscenter. På hospitalernes patientskoler omfatter tilbuddet bl.a. sygdomsforståelse, hvordan håndteres evt. forværring i sygdommen, lær at leve med en kronisk sygdom/mestring, o.s.v.

Personalet i sundhedscentret har behov for et fagligt netværk på de specialafdelinger, der behandler patienter med ovenstående sygdomme. Samtidigt har personalet på hospitalet behov for viden om de skoletilbud, ”deres” patienter får i kommunen. Den faglige opdatering af personalet gælder således begge veje – og omfatter også de praktiserende læger (praksiskonsulenter).

Region Midtjylland (Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Universitetshospital Århus Sygehus) og Århus Kommune forpligter sig til, at personalet får mulighed for at danne et fagligt netværk. Det tilstræbes, at der afholdes kvartalsvise eller halvårslige møder.

Fælles skolebænk om relevante emner

Århus Kommune og hospitalerne i Århus har lang tradition for at samarbejde om fælles skolebænk kurser, hvor personale fra hospitalsafdelingerne og kommunens hjemmepleje og visitation deltager i samme kursusforløb.

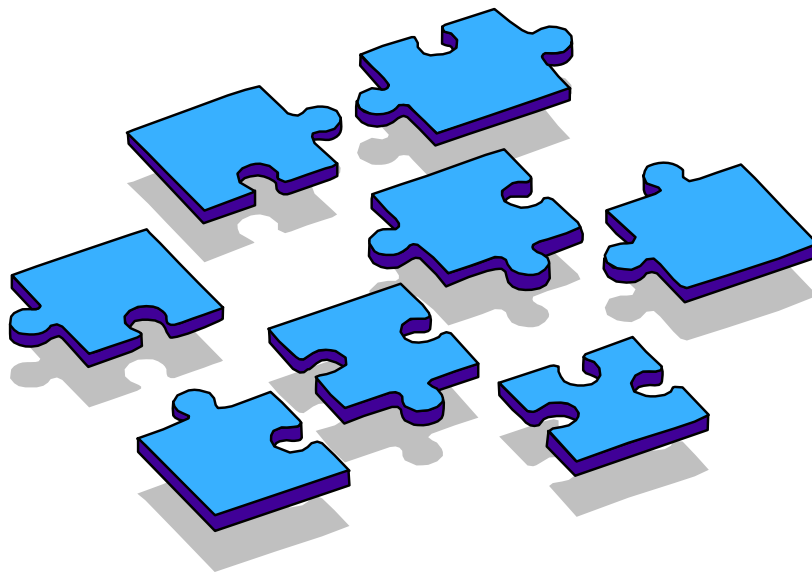
Hidtil har fælles skolebænk kurserne haft titlen ”Hvad er almindelig aldring og hvad er sygdom hos ældre?”. Det er personale fra geriatrisk afdeling, der har stået for undervisningen. Kurserne omfatter 2 kursusdage.

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

Det foreslås, at der fremover årligt gennemføres et antal fælles skolebænk kurser i 2007 om samme emne (geriatri). Herudover foreslås gennemført fælles skolebænk kurser om nye emner – bl.a. borgeren med kronisk sygdom.

Det foreslås, at parterne hver især dækker kursusudgifterne på ca. 1.000 kr. pr. kursist.

Udkast til aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb



Udkast til aftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

Udkast til aftale om indlæggelse og udskrivelse tager udgangspunkt i den generelle sundhedsaftale, der er indgået mellem Region Midtjylland og regionens kommuner.

Den generelle sundhedsaftale om udskrivningsforløb for svage ældre patienter er udvidet, så sundhedsaftalen omfatter samarbejde generelt om udskrivningsforløb.

Det vil sige både børn og unge, voksne og ældre, der har været indlagt på et somatisk hospital i regionen. Der er tilknyttet bilagsmateriale, hvor centrale begreber er defineret.

Indlæggelse

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 hospitalet; 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.

Der skelnes mellem følgende typer af indlæggelser:

- Planlagte
- Akutte indlæggelser.

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

I det følgende nævnes hvilke opgaver den praktiserende læge, hjemmeplejen og hospitalet har ved de forskellige typer af indlæggelser.

Århus Kommune og Region Midtjylland har fælles hensigtserklæring om, at der skal være mulighed for elektronisk kommunikation mellem parterne. Den elektroniske kommunikation skal baseres på Med Com standarder; herunder bl.a. korrespondancemodul.

Indtil videre vil kommunikationen mellem parterne ske via telefon og fax.

Praktiserende læges opgaver ved indlæggelse:

Ved planlagte og akutte indlæggelser.

- Patient/pårørende inddrages i indlæggelsesforløbet med deres viden og kompetencer, behov, og forventninger.
- Patient /påørende er velinformerede (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.
- Overveje alternative muligheder til indlæggelse – evt. i samarbejde med kommunens vagthavende hjemmesygeplejerske.
- Skrive en fyldestgørende henvisning med de nødvendige oplysninger.
- Informere patienten om, at vedkommende skal medbringe egen medicin (ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker) og medtage evt. personlige hjælpemidler samt afbestille kommunale sundheds- og serviceydelser, hvis hjemmeplejen ikke er inddraget i indlæggelsen
- Undersøge om der er behov for patienttransport i forbindelse med indlæggelsen. (Der udarbejdes en fælles regional pjece vedrørende patienttransport. Det forventes at ske i løbet af 1. halvår 2007)

Ved planlagte indlæggelser skal praktiserende læge tillige:

- Oplyse og rådgive borger/patient og evt. pårørende om frit sygehusvalg, ventetider, patientvejleder m.m.
- Sørge for, at alle observationer og forundersøgelser, som kan foretages i primær sektor og/eller ambulans 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.

Hjemmesygeplejens opgaver ved indlæggelse:

Ved planlagte indlæggelser (hvis hjemmesygeplejen medvirker ved indlæggelsen)

- **Indhente borgerens samtykke til videregivelse af oplysninger til hospitalet**
- **Fremsende indlæggelsesrapport og/eller samarbejdsbog. Kan medgives borger eller sendes pr. fax til hospitalsafdelingen senest indenfor 24 timer. Desuden fremsendes oplysning om hvem, der er borgerens kontaktperson i kommunen. Oplysninger om kontaktperson fremgår af borgers stamark. Indlæggelsesrapporten omfatter bl.a. ud - fra en helhedsvurdering - en beskrivelse af borgerens vanlige funktionsniveau**
- **(Evt. hjælp til borgeren). Sikre at borger medbringer egen medicin ved indlæggelsen (Ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker) og, hvis der evt. er behov for det, at medbringe personlige hjælpemidler på hospitalet.**
- **Sørge for information om indlæggelsestidspunktet med henblik på afbestilling af kommunale serviceydelser**
- **Sikre afbestilling af borgers kommunale serviceydelser**

Ved akutte indlæggelser (hvis hjemmesygeplejen medvirker ved indlæggelsen):

- **Overveje om Århus Kommune har tilbud, der kan benyttes som alternativ til indlæggelse. Dette sker i samarbejde med praktiserende læge.**
- **Indhente borgerens samtykke til videregivelse af oplysninger til hospitalet**
- **Fremsende indlæggelsesrapport og/eller samarbejdsbog. Kan medgives borger eller sendes pr. fax til hospitalsafdeling senest indenfor 24 timer. Data med afgørende betydning for den indlagte borgers akutte behandling og pleje skal indtelefoneres til hospitalsafdelingen, hvis de ikke er medsendt skriftligt med borger. Desuden fremsendes oplysning om hvem, der er borgerens kontaktperson i hjemmesygeplejen (kommunen). Oplysninger om kontaktperson fremgår af borgers stamark. Indlæggelsesrapporten omfatter bl.a. ud - fra en helhedsvurdering - en beskrivelse af borgerens vanlige funktionsniveau**
- **(Evt. hjælp til borgeren) Sikre at borger medbringer egen medicin ved indlæggelsen (Ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker) og, hvis der evt. er behov for det, at medbringe personlige hjælpemidler på hospitalet**
- **Sikre at pårørende underrettes om indlæggelsen**
- **Sikre afbestilling af borgers kommunale serviceydelser.**

Hospitalets opgaver ved indlæggelse:

Ved planlagte indlæggelser

- **Sikring af en hurtig og kompetent visitation af henviste patienter, så de fastsatte ventetider overholdes, jf. behandlingsgarantierne.**
- **Tildele patienten en fast kontaktperson (def. i [bilag 1](#)).**

- **Indhente patientens samtykke til indhentning af oplysninger fra egen læge og evt. kommunal hjemmepleje, så hospitalet ud fra en helhedsvurdering kan få oplysninger om borgerens vanlige funktionsevne**
- **Informere patienten om hvilke forberedelsestiltag vedkommende evt. kan gøre inden operation/ behandling og fremsender instruktionspjece om, hvordan det kan gøres.**
- **Varsler kommunen, hvis patienten skønnes at få et funktionstab, som efterfølgende kræver en kommunal indsats (herunder også genoptræningsindsats). Fremsender indlæggelsesadvis som fax til kommunen.**
- **Ved indlæggelsen foreligger der en tværfaglig udrednings- og behandlingsplan for patienten og evt. supplerende undersøgelsesresultater foreligger med kortest mulig ventetid.**
- **Ved behov for yderligere information fra praktiserende læge og/eller hjemmepleje kontaktes disse. Svar inden 24 timer.**

Ved akutte indlæggelser.

- **Tildele patienten en fast kontaktperson.**
- **Indhente patientens samtykke til indhentning/videregivelse af oplysninger til egen læge og evt. kommune, så hospitalet ud fra en helhedsvurdering kan danne sig et indtryk af borgerens vanlige funktionsevne**
- **Afsende besked til kommunens visitator, hvis der bliver behov for hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje. Beskeden sendes som fax.**
- **Hurtig udredning af patienten, evt. via medicinsk visitationsafsnit (MVA)**
- **Underrette pårørende og egen læge hurtigst muligt efter indlæggelsen**
- **Afbestille kommunale serviceydelser, hvis hjemmeplejen ikke er informeret/inddraget i indlæggelsen.**

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

Åbne indlæggelser.

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

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

Følgende karakteriserer den åbne indlæggelse:

- **Åben indlæggelse er en aftale mellem hospitalsafdelingen og patienten, og den er lægeordineret ved udskrivelse eller sidste kontakt.**
- **Patienten kan enten have en uhelbredelig sygdom, en hastigt fremadskridende**

sygdom, hvor der kan forventes forværring eller tilbagefald i patientens tilstand, eller en sygdom med behov for hurtigt indsættende specialiseret behandling fra den afdeling, hvor patienten er i et forløb.

Krav 2. Hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

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

Der sker løbende ændringer og udvikling i tilbudene. Parterne forpligter sig til løbende at holde samarbejdspartnerne tæt orienteret om planlagte ændringer i tilbudene; herunder at skitsere hvilke konsekvenser, ændringerne eventuelt kan have for samarbejdspartnerne. Drøftelsen sker i styregruppen for sundhedsaftalen mellem Århus Kommune og Region Midtjylland.

Parterne er enige i, at det primære er at sikre hensigtsmæssige og sammenhængende forløb.

Omfanget af og definition af, hvad samarbejdspartnerne opfatter som uhensigtsmæssige indlæggelser, drøftes løbende i styregruppen for sundhedsaftalen.

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

De to tilbud er:

- Etablering af et vagtberedskab med mulighed for fast vagt til svage, syge i eget hjem
- Etablering af en faldenhed med mulighed for udredning af ældre borgere, der har øget risiko for fald

Samtidigt har parterne en hensigtserklæring om at udbygge samarbejdet på hygiejneområdet. Ved Embedslægerens seneste tilsyn på plejehjemmene/plejeboligerne i Århus Kommune er det påpeget, at der mange steder mangler fokus på håndhygiejnen. Flere steder anbefales det, at der udarbejdes instrukser for personalet i forhold til håndhygiejnen. Ved Århus Universitetshospital, Skejby er der ansat hygiejnesygeplejersker. I løbet af 2007 vil Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Kommune, Sundhed og Omsorg igangsætte et samarbejde på tværs for at sikre bedre håndhygiejne.

Vagtberedskabet er en ordning, der giver de praktiserende læger og vagtlæger mulighed for i samarbejde med hjemmeplejen at rekvirere fast vagt til syge borgere i eget hjem. Formålet med ordningen er at forebygge unødige indlæggelser på hospitalet – bl.a. ved at se

tiden an, eller ved at aflaste en pårørende til en syg i hjemmet.

Det er de praktiserende læger og vagtlæger, der kan rekvirere fast vagt. Rekvirering af fast vagt kan ske i samarbejde med hjemmesygeplejersken på lokalcentret. Læger fra geriatrisk team og det palliative team kan ligeledes rekvirere fast vagt til borgere i hjemmet.

Der er følgende kriterier for bestilling af fast vagt:

- **Der skal være tale om en akut opstået situation**
- **Den faste vagt kan rekvireres af den praktiserende læge/vagtlæge eller hjemmesygeplejersken efter samråd med lægen idet;**
- **Patienten skal være vurderet af egen læge, geriatrisk team eller palliativt team**
- **Er det vagtlæge eller vikarlæge, der ønsker at rekvirere en fast vagt til en patient/borger, skal patienten/borgeren være tilset af en læge indenfor de seneste 24 timer**
- **Patienten/borgeren skal som hovedregel være fyldt 60 år. Der er dog mulighed for dispensation i tilfælde af terminalfaseproblematik. Vagtberedskabet benyttes primært hos borgere i terminalfasen, hos demente, delirøse og/eller konfuse borgere, der har bedst af at forblive i vante omgivelser.**
- **Den faste vagt kan maksimalt rekvireres for 3 sammenhængende aftener og nætter – svarende til i alt 6 vagter.**
- **Ved indlæggelse af borgere, der er delirøse, konfuse eller demente i medicinsk visitations afsnit, hvor det skønnes at borger bedst kan opholde sig i vante omgivelser, kan geriatrisk team vælge at "følge-borger-hjem" med fast vagt i aften/nat til de første par dage. Derefter revurderes situationen i samråd med egen læge, evt. pårørende og hjemmeplejen.**

Der er følgende kriterier for genbestilling af faste vagter:

- **Genbestilling kan imødekommes ved forværring eller ændring i patientens/borgerens tilstand**
- **Ved genbestilling skal egen læge vurdere behov for evt. tilsyn af distriktsgeriatrisk team**

Der kan ikke rekvireres fast vagt via vagtberedskabet til beboere i plejebolig eller plejehjem, da der her i forvejen er fast personale døgnet rundt.

Vagtberedskabet administreres af Afløserkontoret på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus – Nørrebrogade, men er organisatorisk forankret i geriatrisk afdeling. Det er således

geriatrik afdeling, der i det daglige har det økonomiske ansvar for vagtberedskabets budget. Århus Kommune og Region Midtjylland deler udgifterne til vagtberedskabet.

Etablering af en faldenhed

D. 1. maj 2006 er igangsat et 3-årigt samarbejde mellem Århus Kommune, Sundhed og Omsorg, praktiserende læger i byen samt geriatrik afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus om faldforebyggelse hos ældre.

Samarbejdet omfatter oprettelsen af en faldenhed med mulighed for lægelig udredning af årsagerne til fald samt træning og opfølgning.

Målgruppen for tilbuddet er alle + 65 årige, hjemmeboende borgere fra Århus Kommune, som

- 1. henvender sig til den praktiserende læge på grund af fald, som ikke har medført brud og/eller**
- 2. borgere, som på grund af udtalt svimmelhed eller funktionstab, er i højrisiko for at falde, hvor den praktiserende læge finder behov for at viderehenvise til et specialistteam**

Målgruppen er i første omgang borgere uden demens, depression eller andre kognitive problemer.

Henviſning til faldenheden sker via praktiserende læge efter aftalte henviſningskriterier. Den medicinske udredning foregår ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Tage Hansens gade. Træning og opfølgning sker frem til august 2007 ved rehabiliteringsafsnit G4. Det er endnu ikke afklaret, hvor træning og opfølgning skal finde sted efter 31. august 2007. Dette afklares efter vedtagelsen af sundhedsaftalen i et samarbejde mellem Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Kommune.

De borgere, der viderehenviſes til træning og opfølgning på G4 skal være lægeligt færdigbehandlet. Træningsfasen er sammenlagt 6 uger – baseret på dagtræning og primært holdtilbud. Et af målene er at styrke netværksdannelsen, så disse borgere igen får mod på at deltage i sociale aktiviteter. Det arbejde igangsættes under projektet, og videreføres ved lokalcentrenes aktivitetsafdelinger og/eller sundhedsklinikker. Den nærmere tilrettelæggelse heraf finder sted i tæt samarbejde med personale i faldenheden og lokalcentrene.

Baggrund for projektet er, at fald og de skader, der eventuelt opstår herved, giver øget sygelighed og dødelighed hos ældre borgere. Fald er en af de væsentligste årsager til tab af funktionsevne og efterfølgende plejehjemsanbringelse hos ældre. Ældre, der er faldet, bliver samtidigt ofte bange for et nyt fald. Det kan resultere i angst for at gå ud, social isolation og ensomhed og en endnu større risiko for at falde. Disse ældre har ofte en meget forringet livskvalitet.

Indsatsmuligheder for praktiserende læge/vagtlæge:

- **Besøg og tilsyn i hjemmet af praktiserende læge/ vagtlæge i samarbejde med hjemmesygeplejen/ døgnvagten**
- **Viden om kommunernes alternative tilbud, herunder mulighed for observation af borger i hjemmet som alternativ til indlæggelse**
- **Indhentning af råd og vejledning/faglig sparring fra læge på hospital**
- **Viden om mulighederne for subakut indlæggelse/udredning dagen efter**
- **Viden om udredningsmuligheder fra udgående team fra hospital**

Århus Kommunes tilbud

Aktuelle tilbud i Århus Kommunes hjemmesygepleje:

Århus Kommunes døgnvagt . Der er sygeplejersker i døgnvagt ved alle kommunens lokalområder. Aften og nat kan henvendelse ske til Århus Brandvæsen, der formidler kontakten videre. I dagtid kontaktes lokalområderne direkte. I bilagene er der en oversigt over lokalområderne.

Beskrivelse af specialfunktioner indenfor det sygeplejefaglige område i Århus Kommune:

Inkontinens:

Kontinenssygeplejersker har kompetence til at identificere problemstillinger indenfor inkontinens, planlægge udredning og gennemføre behandlingen i samarbejde med praktiserende læger, specialafdelinger, plejepersonale og fysioterapeuter

Den palliative indsats

Disse sygeplejersker med særlig uddannelse indenfor palliation indgår i et tæt samarbejde med bl.a. det palliative team ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, praktiserende læger og borgernes kontaktpersoner i hjemmet. Opgaverne består i supervision og koordinering af pleje og behandling af døende borgere i eget hjem.

Sårpleje

Disse sygeplejerskers ansvarsområde er sikring af kvalitet og kontinuitet indenfor sårpleje i samarbejde med praktiserende læge og specialafdelinger på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Demens

Demenskoordinatorer er specialuddannede sygeplejersker og terapeuter. Deres funktion skal understøtte det rehabiliterende og tværfaglige perspektiv, som kendetegner demensområdet. De samarbejder bl.a. med lokalt ansatte ressourcepersoner (demensnøglepersoner) og eksternt med Demensklubben og Gerontopsykiatrisk afdeling. Koordinatorernes funktion og samarbejdsrelationer skal

sikre kobling mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats på demensområdet.

Intravenøs medicinadministration og væsketerapi

Disse behandlingsformer kan iværksættes i borgers eget hjem efter aftale med hjemmesygeplejersken og efter de gældende regler i den sundhedsfaglige instruks for medicinhåndtering og væsketerapi i Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Århus Kommune

Akutte aflastningspladser og korttidspladser,

Korttidspladser

Århus Kommune yder i henhold til Serviceloven afløsning i hjemmet og aflastning udenfor hjemmet. Servicelovens § 91 forpligter kommunen til at råde over et antal korttidspladser. Korttidspladser er boliger, hvortil der er knyttet omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale. Der er tale om 1-rums boliger med kaldeanlæg.

Århus Kommune har idag i gennemsnit 87 korttidspladser, hvoraf ca. 47 er faste korttidspladser og ca. 40 er fleksible korttidspladser. Pladserne er geografisk spredt på de forskellige lokalcentre og plejehjem i kommunen.

Det er visitator, der kan visitere til ophold på korttidsplads.

Visitation til korttidsplads sker bl.a. ved:

- udskrivelse fra hospital, hvor der skal ske ændringer i boligen inden borgeren kan komme hjem
- behov for aflastning af pårørende, der passer en borger, der har vanskeligt ved eller er ude af stand til at klare sig selv
- borgere, der på grund af betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for midlertidigt ophold på korttidsplads (med mulighed for træning, tryghed, nærvær af personale og samvær med andre)

Århus Kommunes byråd har besluttet, at der i løbet af de kommende 2 år skal ske en ændret organisering af korttidspladserne, som indebærer, at der etableres en samlet korttidspladsenhed på Vikærgården med 66 korttidspladser. Samtidigt oprettes der 25 faste korttidspladser geografisk fordelt på lokalcentrene i kommunen.

Formålet med at samle korttidspladserne er at styrke udviklingen af et fagligt miljø hos personalet, der er målrettet målgrupper med særlige pleje- og omsorgsbehov. Med fastholdelse af 25 korttidspladser geografisk fordelt på lokalcentrene i hele kommunen kan sikres nærhed til borgerens eget hjem med relativt korte afstande for ægtefælle, pårørende og andre besøgende.

Styregruppen for sundhedsaftalen holdes løbende orienteret om dette arbejde. Århus Kommune har et ønske om at inddrage Geriatrik afdeling, Århus Universitetshospital,

Århus Sygehus' store ekspertise i forhold til denne målgruppe ind i det videre planlægnings- og udredningsarbejde.

Vidensformidling til praktiserende læger/vagtlæger om kommunernes alternative tilbud

Århus Kommune, Sundhed og Omsorg, har tæt samarbejde og dialog med praktiserende læger, herunder kommunens praksiskonsulent i Sundhed og Omsorg (se nedenfor). Dialogen omfatter bl.a. orientering om kommunens tilbud, kommunens organisation og samlet drøftelse af, hvordan parterne kan optimere patientforløb samt bruge hinandens viden og ressourcer på bedst mulig vis.

Kommunal ansat praksiskonsulent

Århus Kommune har ansat 2 praksiskonsulenter.

En praksiskonsulent er ansat i Magistratsafdelingen for Sociale forhold og beskæftigelse (bl.a. sygedagpenge og beskæftigelsesområdet bredt).

En anden praksiskonsulent er ansat i Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg.

Begge praksiskonsulenter er ansat 3 timer pr. uge. Ansættelsen er koordineret med praksiskoordinatoreren i Region Midtjylland og følger overenskomsten på området.

Undervisningstilbud i styrkelse af borgerens/patientens mulighed for egenomsorg/bedre mestrings m.m. af sin sygdom/tilstand, så behovet/risikoen for (gen)indlæggelser reduceres. Det kan være udvalgte patientgrupper og/eller personer:

Sundhedscenter Århus

Århus Kommune har åbnet Sundhedscenter Århus, hvor der bl.a. gennemføres patientskoletilbud til 3 grupper: a) borgere med KOL sygdom, b) borgere med hjerte-kar sygdom samt 3) borgere med diabetes.

Det er praktiserende læger, der kan henvise til patientskoletilbudene.

Henvisningskriterier samt yderligere oplysninger om tilbudene i sundhedscentret fremgår af den Klinisk Info, der er udarbejdet i samarbejde med praksiskonsulenter ved de relevante sygehusafdelinger og Århus Kommunes praksiskonsulent i Sundhed og Omsorg.

Der vil være et tæt samarbejde med praktiserende læger og personale på de hospitalsafdelinger, der behandler og plejer patienter med ovenstående diagnoser.

Sundhedsklinikker

Århus Kommune har etableret sundhedsklinikker fysisk beliggende ved lokalcentrene. På sundhedsklinikken udføres bl.a. sygeplejeopgaver, hvor borgeren kommer på lokalcentret

frem for, at sygeplejersken kommer i hjemmet. Herudover kan borgeren få råd og vejledning om sundhed og sygdom. Etableringen af sundhedsklinikkerne er et led i Sundhed og Omsorgs sundhedspolitik. Når borgeren kommer på lokalcentret har han/hun samtidigt mulighed for at benytte lokalcentrets øvrige tilbud – bl.a. spisning i caféen eller deltagelse i aktiviteter.

Vedligeholdende og aktiverende tilbud i kommunen

Århus Kommune prioriterer, at der er vedligeholdende og aktiverende tilbud til ældre ved alle lokalcentrene (nærmiljøet), så der bliver mulighed for at holde sig i gang, at have et aktivt socialt liv i samvær med andre ældre og de mange frivillige.

Indsatsmuligheder for hospitalerne:

- **Let adgang for praktiserende læger til laboratorieydelse og billeddiagnostik på sygehuset, evt. mobil laborantordning**
- **Tilbud til praktiserende læger/vagtlæger til få hurtig kontakt til lægekolleger på sygehuset mhp. råd, vejledning og faglig sparring.**
- **Mulighed for og let adgang til subakutte ambulante tider**
- **Udgående specialistfunktioner (geriatrik team, palliativ team, gerontopsykiatrisk team, pædiatrisk team, ilt- og KOL-sygeplejersker m.m.)**
- **Retningslinjer/guidelines for forskellige sygdomme**
- **Beskrivelse af patientforløb (hvem, hvad, hvornår),**
- **Fælles undervisningsforløb for praktiserende læger og sygehuslæger, for primærsygeplejersker og sygehussygeplejersker, for sygehusterapeuter og kommunale terapeuter.**

Krav 3. Hvordan parterne følger op på aftalen

Etablering af en lokal styregruppe

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

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

- samarbejdet om indlæggelse
- samarbejdet om udskrivelse
- samarbejdet på træningsområdet
- samarbejdet på hjælpemiddelområdet

- samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelse; herunder patientrettet forebyggelse.
-

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

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

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

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

Parterne har endnu ikke lagt sig fast på en bestemt metode. Der er dog enighed om at sikre, at arbejdet med kvalitetssikring af patientforløbene stemmer overens med arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Der afholdes mindst 2 møder årligt. I 2007 forventes der afholdt flere møder.

Styregruppen kan efter behov nedsætte arbejdsgrupper ad hoc eller permanent

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

Vidensdeling sektorernes imellem

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

Dette sikres bl.a. ved :

Temadage for ansatte ved hospitaler og kommuner

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

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

Etablering af faglige netværk

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

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

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

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

Samtidig er der på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus en række sygdoms- og behandlingsrelaterede undervisningstilbud til samme patientgruppe. Tilbuddene på Århus Sygehus er specialiserede, og omhandler typisk sygdomsforståelse, monitorering af egen sygdom, behandling af egen sygdom. Tilbuddene er beskrevet konkret andre steder i denne aftale.

Personalet i sundhedscentret har behov for et fagligt netværk på de specialafdelinger, der behandler patienter med ovenstående sygdomme. Samtidigt har personalet på hospitalet behov for viden om de skoletilbud, ”deres” patienter får i kommunen. Den faglige opdatering af personalet gælder således begge veje – og omfatter også de praktiserende læger (praksiskonsulenter).

Region Midtjylland (Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus) og Århus Kommune forpligter sig til, at personalet får mulighed for at danne et fagligt netværk. Det tilstræbes, at der afholdes kvartalsvise eller halvårige møder.

Fælles skolebænk om relevante emner

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

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

Det foreslås, at der fremover årligt gennemføres et antal fælles skolebænk kurser i 2007 om samme emne (geriatri). Herudover foreslås gennemført fælles skolebænk kurser om nye emner – bl.a.

borgeren med kronisk sygdom. Det foreslås, at parterne hver især dækker kursusudgifterne på ca. 1.000 kr. pr. kursist.

Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter

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.
- At patient og evt. pårørende fra starten er medinddraget i planlægningen af udskrivelse og i beslutninger i forbindelse hermed, og at patient og pårørende har fået den information, som de har ret til, og er nødvendig som beslutningsgrundlag.
- At der i både kommunalt og regionalt regi findes forskellige behandlings- og rehabiliteringstilbud, 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 hospital, 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. Koordineringen sker primært telefonisk. Hvis FAX anvendes som kommunikationsform, skal der altid sendes en besked tilbage om, at modtageren har modtaget og accepteret beskeden.**
- **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. Udskrivningskonference afholdes efter behov. Dette aftales i det konkrete tilfælde. Kontakten til Århus Kommune sker til visitator.**

Region Midtjylland og Århus Kommune er enige om, at der skal skabes mulighed for elektronisk kommunikation mellem hospitaler og kommune – samt mellem kommune og praktiserende læger. Indtil da sker kommunikationen via telefon og fax.

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.

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 planlægning af udskrivelse så tidligt som muligt under indlæggelsen.**
- **Inddrager sundhedspersonale i primær sektor så tidligt som muligt i planlægningen af udskrivelsen. Sender udskrivningsadvis på FAX til visitator.**
- **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 og hvor længe hospitalets kontaktpersonordning gælder.**
- **Sikrer, at praktiserende læge modtager relevante og fyldestgørende oplysninger om patienten ved udskrivelsen (epikrise), jf. de angivne tidsgrænser i servicemål**

Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med uændret funktionsevne.

Udskrivende afdeling:

- **Sikrer, at patient og evt. pårørende er velinformerede 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, praktiserende læge 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.**

Århus Kommunes visitatorer træffer afgørelser om de ydelser, der skal leveres efter udskrivelsen.

Århus Kommunes visitatorer træffes på alle hverdage og har telefontid mellem kl. 8.00 – 15.00.

Udskrivningstidspunkt/dato skal aftales nærmere med den af borgeren valgte leverandør. Udskrivning kan ske alle ugens dage, hvis udskrivningen er planlagt/aftalt med leverandøren.

Ved udskrivningen skal det sikres, at den eventuelt nødvendige hjælp, hjælpemidler eller

andet er til stede i hjemmet. Dette sker ved en koordineret kontakt til visitator samt den valgte leverandør.

Hvis borger før indlæggelsen modtog pleje og/eller praktisk hjælp, og hvis borger allerede har valgt kommunen (lokalcentret) som leverandør, og han/hun blot skal have startet sin hjælp op igen, kontaktes visitator. Visitator sender en avis til lokalcentret. Herefter er det lokalcentret, der aftaler med sygehuset, hvornår borger kommer hjem. Nedenstående varslingsfrister overholdes.

Hvis borger har valgt en privat leverandør, er det visitator, der aftaler udskrivningstidspunktet med hospitalet. Nedenstående varslingsfrister overholdes.

Er der tale om akut udskrivning (indlæggelse og udskrivning i en week-end) vil kontakt og aftaler omkring dette kunne ske til det pågældende lokalcenters ansvarshavende sygeplejerske, som således koordinerer den pleje (ernæring og pleje), der er behov for at iværksætte. Den ansvarshavende sygeplejerske sikrer, at der efterfølgende iværksættes visitation fra Århus Kommunes visitationskontor.

Århus Kommune overvejer mulighederne for eventuelt at etablere et akut modtageteam, der har sin gang/funktion på hospitalsafdelingerne for at sikre hurtige, smidige og veltilrettelagte udskrivel-sesforløb for borgerne.

Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med nedsat funktionsevne

Udskrivende afdeling:

- Sikrer, at patient og pårørende er velinformeret om diagnose, behandlings- og rehabiliteringsindsats, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling versus ikke behandling, støtte-, omsorgs- og forebyggelsesmuligheder samt muligheder for egen indsats.
- 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.
- Fremsender relevante og fyldestgørende oplysninger om patienten til praktiserende læge og hjemmepleje ved udskrivelsen pr. fax .
- Inddrager visitator i ansøgning til kommunale tilbud med behov for funktionsvurdering, med henblik på midlertidigt eller varigt ophold på plejehjem, korttidsplads eller lignende.

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

Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne – sygeplejeydelser

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

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

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

Borgere, der har behov for: <ul style="list-style-type: none">- praktisk hjælp (rengøring, tøjvask, indkøb)- personlig pleje (f.eks. hjælp til af- og påklædning, ugentligt bad udført af hjemmehjælpere)	Varsling sker til visitator i Århus Kommune så hurtigt som muligt og senest dagen før udskrivning
Borgere, der indlægges på MVA (Medicinsk Visitations Afsnit) men som udskrives igen indenfor samme døgn eller morgenen efter. Samarbejde med geriatrisk team.	Patienter kan sendes hjem samme dag, hvis de kun lige har været inde at vende en nat – efter konkret aftale med kommunens visitator. Udskrivelsen sker i tæt samarbejde mellem MVA og geriatrisk team.

Ved udskrivning af patient med nedsat funktionsevne

Borgere, der har behov for: <ul style="list-style-type: none">- pleje og omsorg udført af hjemmehjælpere- omfattende sygeplejehandlinger	Varsling sker til visitator så tidligt som muligt og senest 3 dage før udskrivning
Borgere, der har behov for:	Varsling skal ske så tidligt som muligt og

- hjælpemidler	senest 5 dage før udskrivning
Borgere, der har behov for:	Varsling skal ske så tidligt som muligt og
- omfattende boligændringer	senest 14 dage før udskrivning

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

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

Retningslinjer for særlige ydelser ved udskrivning

Medicin og utensilier

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

- fra hospitalet medgives patienten recept og medicin til ca. 1 døgn forbrug, så behandlingen kan fortsættes indtil medicin kan rekvireres på apoteket. Hvis borgeren ikke selv kan administrere medicinen, skal den være doseret
- patienten medgives recepter eller alternativt: afdelingen indtelefonerer recepten til apotek og laver aftale med patient og evt. pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen
- patienten medgives en omhyggeligt ajourført og letlæselig medicinliste til hjemmesygeplejersken
- afmelding af borgers apotekerdispenseret medicin
- sørge for at kontakte hjemmesygeplejersken, hvis hun skal medvirke ved medicindispensering og administration

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

- fra hospitalet skal patienten medgives recept på eventuelt manglende medicin
- hospitalsafdelingen skal give besked til hjemmesygeplejersken, hvis hun skal medvirke ved medicindispensering og administration
- patienten skal medgives en ajourført, letlæselig medicinliste til hjemmesygeplejersken

OBS: Hospitalspersonalet skal være opmærksomme på, at hvis patienten afmeldes dosisdispenseringen, så er der ingen medicin i borgers hjem.

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

Lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivningen

Hospitalet skal, inden patienten udskrives, vurdere, om patienten har et lægefagligt

begrundet behov for genoptræning efter udskrivning.

Hvis patienten har behov for genoptræning efter udskrivning, udarbejder hospitalet en genoptræningsplan. Patienten får genoptræningsplanen med i hånden ved udskrivning. Kopi af genoptræningsplanen sendes til patientens egen læge samt hjemkommune, hvis der er givet samtykke dertil.

Se sundhedsaftalen om genoptræning

Hjælpemidler og udskrivning

Hospitalsafdelingen skal sikre, at eventuelle midlertidigt udlånte hjælpemidler er til stede i hjemmet inden udskrivelsen. Hospitalsafdelingen skal også sikre, at hjælpemidlerne fysisk kan være i hjemmet, og at de kan anvendes i hjemmet.

Se sundhedsaftalen 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.

Se krav 1

Krav 3. Hvordan parterne ved koordination af kapacitet m.v. sikrer, at patienterne kan udskrives fra hospitalet hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede.

I det følgende bringes eksempler på behandlings- og rehabiliteringstilbud, støtte og omsorgstilbud til sikring af hurtig udskrivning af færdigbehandlede patienter.

Kommunale tilbud

Den kommunale hjemmepleje:

Beredskab i forhold til visitation

Udskrivningstidspunkt/dato skal aftales nærmere med den af borgeren valgte leverandør.

Udskrivning kan ske alle ugens dage, hvis udskrivningen er planlagt/aftalt med leverandøren.

Ved udskrivningen skal det sikres, at den eventuelt nødvendige hjælp, hjælpemidler eller

andet er til stede i hjemmet. Dette sker ved en koordineret kontakt til visitator samt den valgte leverandør.

Visitationen skal sikre, at borgeren oplyses om frit valg af leverandør til pleje og/eller praktisk hjælp.

Hvis borger før indlæggelsen modtog pleje og/eller praktisk hjælp, og hvis borger allerede har valgt kommunen (lokalcentret) som leverandør, og han/hun blot skal have startet sin hjælp op igen, kontaktes visitator. Visitator sender en avis til lokalcentret. Herefter er det lokalcentret, der aftaler med hospitalet, hvornår borger kommer hjem.

Hvis borger har valgt en privat leverandør, er det visitator, der aftaler udskrivningstidspunktet med hospitalet.

Er der tale om akut udskrivning (indlæggelse og udskrivning i en week-end f.eks. på Medicinsk Visitations Afsnit) vil kontakt og aftaler omkring dette kunne ske til det pågældende lokalcenters ansvarshavende sygeplejerske, som således koordinerer den pleje (ernæring og pleje), der er behov for at iværksætte. Den ansvarshavende sygeplejerske sikrer, at der efterfølgende iværksættes visitation fra Århus Kommunes visitationskontor.

”Udskrivning” efter skadestuebesøg

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Kommune arbejder på at finde en smidig løsning på ”udskrivninger” fra skadestuen, som sker i vagttiden, og hvor borgeren ikke er ”kendt” af kommunens hjemmepleje. Det kan f.eks. være en ældre borger, der er faldet, og som er kommet på skadestuen til udredning for brud. Hvis skadestuebesøget afsluttes sent om aftenen, og borgeren er utryk ved at komme hjem til en tom lejlighed – og hvis borger skal have etableret hjælp til f.eks. toiletbesøg.

Som hovedregel skal patienten hjem til eget hjem - eventuelt med støtte og hjælp fra den ansvarshavende sygeplejerske i Århus Kommune. Ansvarshavende sygeplejerske kan sikre den nødvendige akutte hjælp og sikre, at der efterfølgende eventuelt sker kontakt til kommunens visitationskontor, hvis borger skønnes at have behov for yderligere hjælp/pleje. I forbindelse med ferier og højtiderne kan Århus Kommune dog have svært ved at efterleve denne ordning.

Hospitalet tilbyder indlæggelse/overnatning efter en konkret individuel vurdering til dagen efter til nogle af disse patienter. Hospitalet kontakter Århus Kommunes visitationskontor, hvis borger skønnes at have behov for pleje og/eller praktisk hjælp efter udskrivning.

Særlig opmærksomhed om Servicelovens regler vedr. egenbetaling for midlertidig hjemmepleje

Hvis en borger inden udskrivning kun modtog praktisk hjælp, og efter udskrivning midlertidigt har behov for pleje, så kan det være forbundet med egen betaling. Visitator kan oplyse borgeren om omfanget af egenbetalingen. Egenbetalingen er indkomstreguleret. Den maksimale timebetaling udgør i 2007 106 kr. pr. time.

Der er principielt ikke noget loft over, hvor lang tid midlertidig er. Det afgørende er, om borgeren igen kommer til at kunne udføre opgaven selv.

Eget hjem:

Støtte til pårørende

Der er mulighed for aflastning og støtte til pårørende – dels ved kommunens aflastningspladser (og hospiceaflastningspladser), via fast vagt fra vagtberedskabet og indsats fra frivillige hjælpere tilknyttet Sundhed og Omsorg i Århus Kommune.

Specialsygepleje, fx nøglepersoner på sårpleje, inkontinens, palliativ pleje, MRSA, demens

Beskrivelse af specialfunktioner indenfor det sygeplejefaglige område i Århus Kommune:

Inkontinens:

Kontinenssygeplejersker har kompetence til at identificere problemstillinger indenfor inkontinens, planlægge udredning og gennemføre behandlingen i samarbejde med praktiserende læger, specialafdelinger, plejepersonale og fysioterapeuter

Den palliative indsats

Disse sygeplejersker med særlig uddannelse indenfor palliation indgår i et tæt samarbejde med bl.a. det palliative team ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, praktiserende læger og borgernes kontaktpersoner i hjemmet. Opgaverne består i supervision og koordinering af pleje og behandling af døende borgere i eget hjem.

Sårpleje

Disse sygeplejerskers ansvarsområde er sikring af kvalitet og kontinuitet indenfor sårpleje i samarbejde med praktiserende læge og specialafdelinger på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Demens

Demenskoordinatorer er specialuddannede sygeplejersker og terapeuter. Deres funktion skal understøtte det rehabiliterende og tværfaglige perspektiv, som kendetegner demensområdet. De samarbejder bl.a. med lokalt ansatte ressourcepersoner (demensnøglepersoner) og eksternt med Demensklubben og Gerontopsykiatrisk afdeling. Koordinatorernes funktion og samarbejdsrelationer skal sikre kobling mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats på demensområdet.

Intravenøs medicinadministration og væsketerapi

Disse behandlingsformer kan iværksættes i borgers eget hjem efter aftale med hjemmesygeplejersken og efter de gældende regler i den sundhedsfaglige instruks for

medicinhåndtering og væsketerapi i Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Århus Kommune

Vagtberedskab med mulighed for fast vagt

Vagtberedskabet er en ordning, der giver de praktiserende læger og vagtlæger mulighed for i samarbejde med hjemmeplejen at rekvirere fast vagt til syge borgere i eget hjem.

Formålet med ordningen er at forebygge unødige indlæggelser på hospitalet – bl.a. ved at se tiden an, eller ved at aflaste en pårørende til en syg i hjemmet.

Det er de praktiserende læger og vagtlæger, der kan rekvirere fast vagt. Rekvirering af fast vagt kan ske i samarbejde med hjemmesygeplejersken på lokalcentret. Læger fra geriatrisk team og det palliative team kan ligeledes rekvirere fast vagt til borgere i hjemmet.

Se nærmere beskrivelse af ordningen i sundhedsaftale om indlæggelse – krav 2.

Kommunale institutioner:

Aflastningspladser og korttidspladser

Århus Kommune yder i henhold til Serviceloven afløsning i hjemmet og aflastning udenfor hjemmet. Servicelovens § 91 forpligter kommunen til at råde over et antal korttidspladser.

Korttidspladser er boliger, hvortil der er knyttet omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale. Der er tale om 1-rums boliger med kaldeanlæg.

Århus Kommune har idag i gennemsnit 87 korttidspladser, hvoraf ca. 47 er faste korttidspladser og ca. 40 er fleksible korttidspladser. Pladserne er geografisk spredt på de forskellige lokalcentre og plejehjem i kommunen.

Det er visitator, der kan visitere til ophold på korttidsplads. Visitation til korttidsplads kan bl.a. ske ved udskrivelse fra hospital, hvor der skal ske ændringer i boligen inden borgeren kan komme hjem.

Plejehjemspladser og plejeboliger

Århus Kommunes byråd indledte i 1996 en moderniseringsplan for utidssvarende plejehjem. Samtidigt pågår der en udbygning af boligantallet. Det tilstræbes, at der i 2010 er 48,3 ældre eller plejeboliger for hver 100 + 80 årige i Århus Kommune.

Alle plejeboliger søges placeret i overskuelige bofællesskaber med lukkede gange, fælles opholdsrum og tilknyttede omsorgs- og servicefunktioner. Ved plejeboliger er der personale døgnet rundt.

Plejeboligerne er især egnede for beboere, der har et stort pleje- og omsorgsbehov – både fysisk og psykisk. Boligerne er bl.a. velegnede til beboere, der lider af demens.

Alle plejeboliger og ældreboliger i Århus Kommune tildeles efter behov.

Hvis man ønsker at ansøge om en ældre- eller plejebolig skal man henvende sig til visitator, der visiterer til boliger.

Ansøgere under 67 år skal henvende sig til socialcentret, der er ansvarlig for og står for sagsbehandlingen vedrørende alle borgere under 67 år.

Sundhedscentre/sundhedsklinikker

Sundhedscenter Århus

Århus Kommune har åbnet Sundhedscenter Århus, hvor der bl.a. gennemføres patientskoletilbud til 3 grupper: a) borgere med KOL sygdom, b) borgere med hjerte-kar sygdom samt 3) borgere med diabetes.

Det er praktiserende læger, der kan henvise til patientskoletilbudene.

Henvisningskriterier samt yderligere oplysninger om tilbudene i sundhedscentret fremgår af den Klinisk Info, der er udarbejdet i samarbejde med praksiskonsulenter ved de relevante hospitalsafdelinger og Århus Kommunes praksiskonsulent i Sundhed og Omsorg.

Der vil være et tæt samarbejde med praktiserende læger og personale på de hospitalsafdelinger, der behandler og plejer patienter med ovenstående diagnoser.

Sundhedsklinikker

Århus Kommune har etableret sundhedsklinikker fysisk beliggende ved lokalcentrene. På sundhedsklinikken udføres bl.a. sygeplejeopgaver, hvor borgeren kommer på lokalcentret frem for, at sygeplejersken kommer i hjemmet. Herudover kan borgeren få råd og vejledning om sundhed og sygdom. Etableringen af sundhedsklinikkerne er et led i Sundhed og Omsorgs sundhedspolitik. Når borgeren kommer på lokalcentret har han/hun samtidigt mulighed for at benytte lokalcentrets øvrige tilbud – bl.a. spisning i caféen eller deltagelse i aktiviteter.

Regionale tilbud

Udgående specialisttilbud fra Århus Universitetshospital

Det palliative team, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Palliativt Team blev oprettet i 1999.

Teamet kan på hverdage mellem 9.00 – 15.00 kontaktes på Tlf. 89 49 46 70.

I week-enden sker kontakten til teamet via onkologisk afdeling D2, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus på tlf. 89 49 24 82.

Patienten henvises til det palliative team enten af egen læge eller af hospitalsafdelinger.

Patienten skal have en uhelbredelig sygdom ledsaget af en kompliceret palliativ problemstilling samtidigt med, at mulighed for kurativ behandling af sygdommen skal være udtømte.

Det palliative team har et tæt samarbejde med patientens egen læge og lokale smerteteams.

Det geriatriske team, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Geriatrisk Team blev oprettet i 1994. Det er praktiserende læge, der henviser patienten til geriatrisk team.

Teamets opgaver består i geriatrisk:

- **diagnosticering, behandling og genoptræning i patientens eget hjem**
- **behandling i dagafsnit**
- **visitation fra andre afdelinger**
- **følge-hjem funktion**

Personalet i geriatrisk team består af læger, sygeplejersker, terapeuter og sekretærer.

Apopleksiteam, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Apopleksiteamet er et tværfagligt team, som består af en fysioterapeut, en ergoterapeut og en læge fra geriatrisk afdeling. Apopleksiteamet deltager alle hverdage i morgenkonferencen på Neurologisk Afdeling F, hvor alle nye patienter gennemgås med henblik på deres videre forløb.

Apopleksiteamets opgaver:

1. **Visitere apopleksipatienter til videre behandling og rehabilitering på G2-G3.**
2. **Visitere apopleksipatienter til hjemmerehabilitering.**
3. **Apopleksipatienter henvist fra egen læge eller hjemmesygepleje. Specifik vurdering og træning af følger efter apopleksi eller evt. nye apopleksitilfælde. Stillingtagen til medicin, udredning mv. Tværfaglig vurdering og planlægning af træning i hjemmet.**
4. **Opfølgning på ultralyd af halskar, cardiologisk undersøgelse, videoflouroskopi.**
5. **Koordinere kort indlæggelse på F2 for patienter til PEG-sonde. Evt. give I.V. antibiotika i hjemmet før undersøgelse.**
6. **Tilsyn på andre afdelinger (neurokirurgisk, lungemedicinsk m.fl.)**
7. **Anden geriatrisk rådgivning vedrørende patienter på F2.**
8. **Medicinjustering hos patienter, der får problemer med f.eks. kramper, faldtendens, smerter i lammede arm eller ben, kontrakturer m.m.**
9. **Særlige opgaver i forbindelse med hjemmerehabiliteringspatienter**

GO-team, Geriatrisk-ortopædkirurgisk team, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

GO-teamet består af 3 personer, en fysioterapeut, en læge og en sygeplejerske ansat i geriatrisk afdeling. Teamet har et særligt tilbud i forbindelse med udskrivelse af ældre borgere til plejebolig eller plejehjem efter en collum femoris fractur (hoftenært lårbensbrud). Interventionen sker fra fysioterapeut, læge og sygeplejerske, da denne patientgruppe kræver en multifacetteret tværfaglig indsats indenfor det geriatriske speciale.

Formålet med GO-teamet er – via intervention på ortopædkirurgisk afsnit E4 og i plejeboligen – at mindske mortaliteten blandt disse patienter. Tilbuddet svarer til det, andre patienter tilbydes ved overflytning til geriatrisk afdeling. Beboere i plejeboliger er svage, og

skønnes derfor at have bedst af hurtigt at komme tilbage til plejeboligen og til det personale, der kender beboeren godt.

Ordningen medvirker samtidigt til at forhindre genindlæggelser.

Under indlæggelsen på E4 tilser GO- team beboeren/patienten på hverdage.

Ved udskrivelsen fra E4 medsender GO-team en pjece, der beskriver teamets opgaver i forbindelse med de 3 planlagte opfølgende besøg. Ved disse besøg er det muligt for personalet i plejeboligerne at få råd og vejledning i forhold til de konkrete problemstillinger, der er opstået efter operationen, hos den enkelte beboer.

Det er muligt at kontakte GO-team telefonisk med problemstillinger relateret til operationen efter hoftebrud. Personalet i plejeboliger/plejehjem får et direkte telefonnummer til GO-teamet via borgers kontaktkort. GO-teamet afslutter patienten efter de 3 besøg.

Iltsygeplejersker, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, lungemedicinsk afdeling
På Lungemedicinsk afdeling B er ansat et antal iltsygeplejersker, der har det som hovedopgave at varetage tilrettelæggelsen og behandling af patienter med ilt i hjemmet. Iltsygeplejerskerne er ansvarlige for sygeplejen i det totale patientforløb, herunder visitering, tilrettelæggelse af behandlingsforløb, koordinering og gennemførelse samt evaluering af patientforløb.

Formålet med ordningen er, udover at sikre den bedst mulige behandling af den enkelte, også at fremme patienternes tryghed i forbindelse med iltbehandling samt at forebygge unødige indlæggelser.

Indsatsen tilrettelægges, udføres og evalueres i tæt samarbejde med afdelingen, ambulatorium, speciallæger og hjemmeplejen.

Det konkrete tilbud om iltterapi til den enkelte patient laves på baggrund af observationer og analyser af den enkeltes behov.

Distriktpædiatrisk ordning (DP), Århus Universitetshospital, Skejby

Distriktpædiatrisk ordning blev et permanent tilbud på Børneafdelingen ved udflytningen til Århus Universitetshospital, Skejby i 1996.

Tilbuddet gives til børn og deres familier, der:

- er indlagt på Børneafdelingen på Århus Universitetshospital, Skejby
- har bopæl i Århus Kommune
- har ressourcer til at pleje og behandle barnet i eget hjem

I DP er der ansat fire meget erfarne børnesygeplejersker, der i det daglige har et tæt samarbejde med læger og sygeplejersker i Børnemodtagelsen og Børneafdelingens Akutafsnit A2.

DP kører ud til børnene og deres familier på hverdage i tidsrummet mellem kl. 7:30 og kl. 23 samt mellem kl. 8–16 i weekender. Børnene henvises til DP fra alle afsnit i Børneafdelingen samt fra Mor- Barn - Afsnittet på Fødeafdelingen. Det er en tværfaglig vurdering og lægefaglig beslutning, om det er forsvarligt, at barnet plejes og behandles videre i eget hjem. Lægen udarbejder en behandlings- og undersøgelsesplan for barnet ved udskrivelsen, som sygeplejerskerne følger og dokumenterer.

Under indlæggelsen i hjemmet, er barnet tilknyttet sit afsnit i Børneafdelingen, hvortil familien kan henvende sig uden for DP's åbningstid. Det er ligeledes stamafsnittet, der tager sig af de videre undersøgelser, hvis der er brug for dette. Det er dog oftest distriktssygeplejersken, der har den koordinerende rolle. Opgaverne i DP er ikke kun behandling og pleje af det syge barn, men oplæring, vidensformidling, undervisning, kommunikation og observation af de hjemlige forhold, der evt. kan have indvirkning på barnets sygdom (eks. ved barn med astma) og ikke mindst tryghedsskabelse for hele familien.

Jordemødrenes udgående team, Fødeafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby Fødeafdelingen på Århus Universitetshospital, Skejby tilbyder alle ambulante fødende et hjemmebesøg. I 2006 fødte 1202 kvinder ambulante og 66 % af dem modtog efterfølgende besøg af jordemoderen.

Fødejordemoderen orienterer inden udskrivelsen familien om, at der er et tilbud om at aflægge familien et barselsbesøg den følgende dag.

Fødeafdelingen ringer til alle ambulante fødende døgnet efter udskrivelsen, m.h.p. at lave aftale om et hjemmebesøg.

På barselsbesøget drøftes dels emner omkring barnets trivsel, amning, døgnrytme m.v. og dels emner omkring moderens tilstand, familien, søskende m.v.

Hvis der er særlige problemer, eller familien virker lidt sårbar, faxer jordemødrene straks besked til sundhedsplejersken, så hun kan aflægge familien et besøg hurtigst muligt.

Patientskoler ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har patientskoler på en række områder. I det følgende er tilbuddene vedrørende diabetes-patienter og hjerterehabilitering beskrevet nærmere.

Diabetes:

På Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har både afdeling C og afdeling M tilbud om undervisning af både type 1 og type 2 diabetes patienter. Derudover er der på afdeling M et særligt undervisningsforløb med fokus på de særlige problemstillinger omkring krav til fodpleje.

Hjerterehabilitering:

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har to rehabiliteringstilbud til hjertepatienter. Det drejer sig om a) et rehabiliteringstilbud til hjertepatienter med akut myocardiinfarkt eller hjertesvigt og b) et rehabiliteringstilbud til hjerteinsufficienspatienter.

Se sundhedsaftalen om sundhedsfremme og forebyggelse, krav 1 for en nærmere beskrivelse af tilbudene.

Øvrige patientskoler/patientundervisning på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus:

På Århus Universitetshospital Århus Sygehus er der udover de ovennævnte patientskoler en række andre undervisningstilbud til patienter i relation til forståelse og behandling af deres sygdom.

Det drejer sig om:

- Eksemskole, Dermatologisk afdeling S
- Ortoskole, Kæbekirurgisk afdeling
- Astmakursus, Allergiambulatoriet
- Tarmskole, Medicinsk Hepato-Gastroenterologisk afdeling V
- Osteoporoseskole, Medicinsk endokrinologisk afdeling C
- Oplæring i væksthormonbehandling, Afdeling M, ambulatoriet
- Smerteskole, Smerteklinikken
- Ny viden og støtte til patienter og pårørende. Onkologisk afdeling D4
- Ernæring og mundpleje til patienter med hoved-halskræft, onkologisk afd. D2

Patientskoler, Århus Universitetshospital Skejby

Århus Universitetshospital, Skejby har patientskoler på en række områder og nedenfor er udvalgte skoler beskrevet kort:

HIV-kursus

Formålet er at give patienterne større indsigt i at leve med en kronisk sygdom og hjælp til ændring af livsstil herunder råd og vejledning om kost, rygning, alkohol og motion. Desuden skal patienterne lære at monitorere egen sygdom.

Tilbuddet udgør 2 dage på et halvt år og undervisningen, som foregår på hold med ca. 12 deltagere, varetages af hiv-rådgiver og sygeplejersker fra Infektionsmedicinsk afd. Q. Derudover deltager læger, sygeplejersker, rådgivere og en HIV-smittet patient fra patientforeningen HIV Danmark.

Nyreskole

Formålet er at give patienten øget indsigt i egen sygdom og give patienten hjælp til at tackle livet med en kronisk sygdom.

Tilbuddet udgør 6 lektioner på hold med 8-10 deltagere. Undervisningen varetages af

fysioterapeuter, læger, sygeplejersker og diætister.

Oplæring i Peritonealdialyse (P-dialyse)

Tilbuddet gives når patienten skal opstarte p-dialysebehandlingen. Formålet er at give patienten øget indsigt i egen sygdom og lære patienten at tackle livet med en kronisk sygdom. Desuden undervises patienterne i at behandle og monitorere egen sygdom.

Undervisningen er individuel og tilbuddet omfatter 4-8 heldags lektioner. Undervisningen varetages af sygeplejersker.

Hjerterehabilitering

Århus Universitetshospital, Skejby tilbyder hjerterehabilitering (fase 2, specialiseret genoptræning) til relevante hjertepatienter. Tilbuddet omfatter både fysisk træning, vejledning vedr. livsstilsfaktorer m.m, støtte til rygeafvænning og vejledning i kostoplægning m.v.

Undervisningen varetages af sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister.

Børneområdet

På børneområdet er der patientskoler indenfor følgende områder:

- Epilepsiskole
- Astmaskole
- Diabetesskole
- Gigtskole
- Cystisk fibroseskole

Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Århus Amt og Århus Kommune har lang tradition for samarbejde bl.a. om udvalgte patientgrupper (døende, demente etc.).

Region Midtjylland og Århus Kommune ønsker, at flere af disse samarbejdsprojekter videreføres i den nye sundhedsaftale.

Det drejer sig om:

- samarbejde om patienter i hjemme posedialyse
- samarbejde om indsatsen for alvorligt syge og døende
- samarbejde på demensområdet

Hertil kommer en hensigtserklæring om at etablere et udbygget samarbejde mellem Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Kommune, Sundhedsplejen på børneområdet.

Samarbejde om støtte til patienter i hjemme-posedialyse

Århus Kommune og Region Midtjylland er enige om at støtte op med 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 Århus Kommune for disse ydelser. Der afregnes en gang årligt.

Det er aftalt, at Århus Kommune på årsbasis maksimalt får betalt 120.000 kr. pr. borger i posedialyse. Der modregnes betaling for de eventuelle dage, borgeren er indlagt på hospitalet.

Samarbejde om indsatsen for alvorligt syge og døende

Århus Kommune og Region Midtjylland samarbejder om indsatsen for alvorligt syge og døende.

Samarbejdet omfatter bl.a. etablering af hospicepladser på Hospice Søholm.

Antallet af hospicepladser på Hospice Søholm er gradvist udbygget, og er nu i alt 11 pladser

Det aftales, at aftalen på hospiceområdet forlænges til og med udgangen af 2007. I løbet af 2007 skal der findes en ny samarbejdsmodel for Hospice Søholm. Århus Kommune kommer med udkast hertil i løbet af 1. halvår 2007.

I 2007 finansierer Region Midtjylland efter regning de 3,5 + 2 hospicepladser.

For at komme på hospice skal man være uhelbredeligt syg. Det vil sige, at helbredende og livsforlængende behandling er afsluttet, så pleje og behandling fremover vil være af lindrende karakter. Efter en tid på hospice vil mulighederne for hjemmeophold blive vurderet. Nogle vil måske kunne være hjemme i en kortere eller længere periode.

Det skal være den syge selv, der ønsker ophold på hospice.

Henvendelsen om ophold på Hospice Søholm kan ske fra flere sider: Den syge selv, pårørende, egen læge, lokalcenter eller fra sygehuset. Blot skal der følge en lægelig beskrivelse af sygdomshistorien, prognosen og begrundelse for valg af hospice. Når der er plads på hospice, vil der blandt henvendelserne blive foretaget en prioritering. Herefter følger en personlig visitationssamtale fra hospice. Der indhentes tilladelse til rekvisition af sygeplejemæssige - og lægelige oplysninger. Efter visitationssamtalen vil indlæggelse på hospice ofte ske i løbet af 1-3 døgn.

På Hospice Søholm udføres plejen af veluddannede og erfarne sygeplejersker. Desuden er der tilknyttet en fysioterapeut, en præst og en psykolog. Der etableres kontakt til egen læge. Herudover er der til hospice tilknyttet læger, som er specialister i smertebehandling og anden lindrende behandling. Lægerne kommer fra det palliative team fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Hospice Søholm samarbejder med et korps af frivillige. De frivilliges arbejde består af

praktiske gøremål samt støtte til beboeren og pårørende på Hospice Søholm. Desuden kan frivillige støtte og aflaste familier, der passer uhelbredeligt syge og døende derhjemme. De frivillige har alle gennemgået et kursus, men deltager ikke direkte i plejeopgaver.

Samarbejde på demensområdet

Region Midtjyllands politik for udredning af mennesker med demens

Udredning for demens sker hos praktiserende læger, på Demensklubben og på Gerontopsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Hospital.

Praktiserende læger har hovedansvaret for demensudredningen. Praktiserende læger varetager diagnosticering af de svære og middelsvære tilfælde (oplagte tilfælde) af demens. Der er indgået en særlig honoreringsaftale med de praktiserende læger i forbindelse med demensudredning, og de praktiserende læger har mulighed for direkte at henvise til en CT-scanning og blodprøvetagning for at vurdere årsagen til demens.

I de vanskelige tilfælde af let til moderat demens, og hvor der er tvivl, om hvorvidt en borger er dement eller ej, sker vurderingen af specialister på Demensklubben ved Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus. I Demensklubben er ansat læger, neuropsykolog, sygeplejerske og sekretær. Der er tæt samarbejde fra Demensklubben til borgerens hjemkommune.

Udredning for demens sker også ved Gerontopsykiatrisk afdeling, og det er også her, borgere med svær demens og adfærdsforstyrrelser indlægges, hvis der er behov herfor.

Århus Kommunes demenspolitik og afledte organisering (Sundhed og Omsorg)

Århus Kommune, Sundhed og Omsorg er i gang med at revidere kommunens demenspolitik. Der skal udarbejdes konkrete mål på baggrund af et vedtaget værdigrundlag for indsatsen. Til dette arbejde hentes viden hos borgere, som har demens, hos pårørende og hos kommunens personale.

Værdigrundlaget siger:

Hjælp og støtte til borgere med demens gives med det formål at bevare følelsen af identitet og værdighed

Det betyder, at:

- Borgere med demens tilgodeses med udgangspunkt i den enkeltes behov
- Borgernes hverdagsliv er udgangspunktet for forståelsen af livet med demens
- Borgerne tilgodeses ud fra en ensartet og fagligt ajourført, vidensbaseret holdning til demens

Hjælp og støtte til borgere med demens tager udgangspunkt i det sundhedsfremmende perspektiv og i de værdier, som det rehabiliterende perspektiv rummer

Det betyder at:

- **Borgere med demens støttes i fortsat at være deltagende og selvbestemmende samfundsborgere i det omfang, det er muligt**
- **Fokus rettes mod de tilbageblevne muligheder, i lige så høj grad som mod de mistede funktioner**
- **Borgere med demens, de professionelle, de frivillige og det nære netværk er vigtige deltagende samarbejdspartnere i indsatsen**
- **Der findes flere typer plejeboliger og boformer, som tilgodeser forskellige demensbetingede behov**
- **Indsatsen retter sig også mod borgere, som har risiko for at udvikle demens**

Der skal fremover målrettet informeres om demens til den brede befolkning hvilende på en forebyggende og en sundhedsfremmende strategi

Indsatsen er organiseret med henblik på at tilgodese borgere, der har demens i både tidligere faser og senere faser. Kommunen har derfor flere specialiserede enheder:

Demenscaféen er et anonymt oplysnings-, rådgivnings-, samværs- og støttecenter for mennesker med demens i tidligt stadie og deres nærmeste. Her gives oplysning til alle borgere med behov for eller interesse for information om demens bl.a. via undervisning, foredragsvirksomhed og tilbud om studiebesøg. For borgere med demens, som endnu ikke er fyldt 65 år, og deres nærmeste, er der særlige aktivitetstilbud på caféen.

Caféen er beliggende på Marselisborg Centret, Bygning 20, P. P Ørumsgade 11, 8000 Århus C

Lokalcentrene Alle ansatte ved Århus Kommunes lokalcentre modtager undervisning indenfor demensområdet for at sikre kvaliteten i indsatsen. På alle lokalcentre findes en *demensnøgleperson*, der er medarbejdernes lokale konsulent.

6 af lokalcentrene er "nøglecentre". Disse centre kan give specialtilbud og står for vidensformidling.

Ved hvert nøglecenter er der ansat en *demenskoordinator*, som bl.a. er konsulent for distriktets øvrige lokalcentre. Demenskoordinatorerne står også for vidensformidling og praksisudvikling i samarbejde med Århus Kommunes *udviklingskoordinator på demensområdet*.

Demenskoordinatorerne medvirker ved udredning, ved rådgivning og ved visitering til specielle tilbud.

Dagcentre I 2007 forventer Århus Kommune at etablere 2 enheder for borgere, som ikke bor i plejebolig, men som har brug for støtte i hverdagen. Indsatsen er rettet mod borgere, som ikke kan drage nytte af at bruge lokalcentrene.

Caritas, specialplejehjem for tilbud på demensområdet **rummer 72 plejeboliger for borgere, der har et særligt behov.**

Region Midtjylland og Århus Kommune forpligter sig til at melde eventuelle ændringer på demensområdet til samarbejdspartnerne, samt til at sikre, at informationerne på portalen "Demensdøren" er ajourførte.

Hensigtserklæring om udbygget samarbejde mellem Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Kommune, Sundhedsplejen på børneområdet

Sundhedsplejen, Århus Kommune oplever, at for tidligt fødte børn udskrives tidligere og med en stadig lavere fødselsvægt. Der er tale om sårbare børn og sårbare familier, som skal have støtte og vejledning i, hvordan barnet skal passes og hvilke signaler, man skal være opmærksom på hos barnet.

En faglig arbejdsgruppe har gennem det sidste års tid arbejdet på et forslag, hvor der i tæt samarbejde mellem sygehus og sundhedspleje kan skabes mulighed for at tilbyde flere besøg hos disse familier. Der arbejdes på en model, hvor en sundhedsplejerske med specialviden om for tidligt fødte børn ansat på Skejby Sygehus har udgående funktion og som evt. tager de første 7-8 besøg i familien. Sundhedsplejen kan derefter tage over.

Der er enighed om, at der kan indskrives en hensigtserklæring i sundhedsaftalen om, at der i løbet af 2007 skal udarbejdes et forslag til en samarbejdsmodel på dette område.

Krav 4. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Etablering af en lokal styregruppe

Der foreslås etableret en lokal styregruppe, som varetager en række monitorerings og evalueringsopgaver.

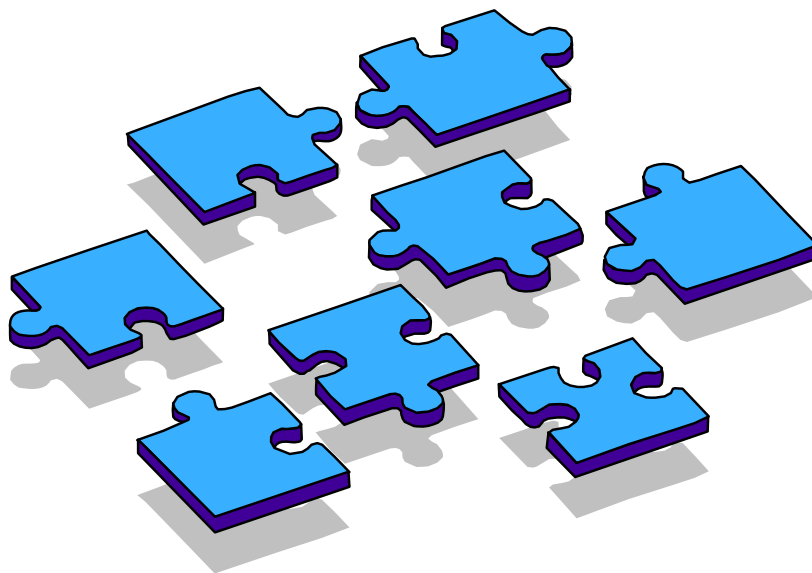
Den lokale styregruppe består af ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby, Århus Kommune (Sundhed og Omsorg) repræsentanter fra almen praksis (hvoraf den ene er Århus Kommunes praksiskonsulent) samt repræsentanter fra Region Midtjylland,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

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

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

Se også beskrivelse under samarbejde om indlæggelse, krav 3.

Udkast til Aftale om Træningsområdet



Udkast til aftale for træningsområdet

Indledning

Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Århus Kommune på træningsområdet tager udgangspunkt i den generelle sundhedsaftale vedr. træningsområdet, som er indgået mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen. Der er vedlagt bilagsmateriale.

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, men det er hospitalslægerne, som lægefagligt vurderer borgernes behov for genoptræning efter sygehusbehandling ved at udarbejde en genoptræningsplan. Kommunernes styringsmuligheder er derfor 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 som tilbydes genoptræning, henholdsvis som specialiseret ambulante genoptræning og almindelig ambulante genoptræning

Samtidig vil regionen og kommunerne sikre, at

- Regionen varsler kommunerne i tilfælde af en aktivitetsstigning/øget antal operationer
- Regionen 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.

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.

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

Den ambulante genoptræning kan være henholdsvis specialiseret og almindelig ambulante

genoptræning. Det er en lægefaglig vurdering, om den ambulante genoptræning efter udskrivning er specialiseret eller almindelig ambulant. Vurderingen fremgår af genoptræningsplanen. Det er kommunen der har ansvaret for serviceniveauet for den almindelige ambulante genoptræning - indenfor genoptræningsplanens rammer.

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 genoptræningsydelser, 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 genoptræningsydelser, 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 funktionsniveau. Sygdommen eller sygdommens sværhedsgrad vil sjældent alene kunne afgrænse opgaveplaceringen.

Almindelig ambulant genoptræning

Den almindelige ambulante genoptræning kan foregå uden supervision af speciallæge eller et hospitals udstyr.

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

Patienter med behov for egentræning efter udskrivning fra sygehus

Hvis en patient har behov for egentræning efter udskrivning fra sygehus, har sygehuset, der udskrifter patienten med behov for egentræning, også ansvaret for at yde patienten den nødvendige instruktion om egentræningen.

Modtager patienten varige ydelser fra kommunen (hjemmehjælp, hjemmesygepleje m.m.) eller har patienten i forbindelse med udskrivningen behov for midlertidig hjælp fra kommunen, skal der udarbejdes en genoptræningsplan med oplysning om egentræningsbehovet og instruktion.

Genoptræningsplanen fungerer i dette tilfælde ikke som en lægelig henvisning af den enkelte patient til genoptræning i kommunalt regi, men har alene til formål at understøtte patientens egentræning samt informere patientens egen læge og kommunen.

Opgavefordeling mellem Region Midtjylland og Århus Kommune

Den konkrete arbejdsdeling mellem Århus Kommune og regionen i forhold til den ambulante genoptræning efter sundhedsloven er:

Århus Kommune hjemtrækker pr. maj 2007 dele af de genoptræningsopgaver, der tilbydes patienter, der er behandlet for en ortopædkirurgisk lidelse. Nedenfor ses en opgørelse over de forventede genoptræningsopgaver fordelt på de forskellige diagnoser.

Opgørelsen tager udgangspunkt i opgørelsen på genoptræningsområdet, som Århus Amt og kommunerne i amtet har udarbejdet i forbindelse med gruppe 8 samarbejdet. Det er her antaget, at aktiviteten på Århus Sygehus kan bruges som pejlemærke for Århus Kommunes aktivitet. Regionen er ikke enig i denne antagelse.

Århus Kommune forventer ikke en udvidelse i antallet af genoptræningsopgaver udover de, kommunen er blevet oplyst om i forbindelse med gruppe 8 samarbejdet.

Region Midtjylland oplyser, at tallene i opgørelsen på genoptræningsområdet i forbindelse med gruppe 8 arbejdet baserer sig på 2004 tal. Der er således tale om et øjebliksbillede, som kan ændre sig, og som allerede har ændret sig.

Gruppe/diagnoser	Antal	Evt. kommentarer
Gruppe 1		
Akutte skadespatienter		
	400	
Knækirurgi	660	ACL patienter ca. 250 Andre diagnoser fra privat praktiserende fysioterapeuter ca. 400 patienter 10 patienter til træning efter indsættelse af knæprotese
Skulderkirurgi	180	Løses i dag hos privat praktiserende fysioterapeuter
Rygopererede	270	90 patienter efter stivgørende operationer og 180 efter discusoperation
Gruppe 2		
Hoftekirurgiske	40	Patienter til genoptræning efter indsættelse af hofteprotese
Idrætsskader	350	Patienter vurderes i idrætsambulatoriet og får der første instruktion. Derefter sendes de i dag til privat praktiserende fysioterapeuter
I alt	Ca. 1.900	

Opgaverne er hidtil løst dels af Århus Universitetshospital, Århus sygehus og dels hos privat praktiserende fysioterapeuter efter henvisning fra sygehuslæge.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, gør opmærksom på, at patienter med et ergoterapeutfagligt genoptræningsbehov (f.eks. hånd- og armproblemstillinger) er blevet henvist til praktiserende fysioterapeuter, da der ikke i Århus er praktiserende ergoterapeuter.

Århus kommune etablerer pr. 1. maj 2007 et kommunalt genoptræningscenter ved Marselisborg Centret. Her samles kommunens genoptræning af ovenstående diagnoser. Ældre, der samtidigt har behov for kommunens øvrige pleje og omsorgstilbud forventes bedst at kunne modtage genoptræning i nærmiljøet.

Århus Kommune køber indtil videre de resterende almindelige ambulante genoptræningsopgaver hos Region Midtjylland. I forbindelse med gruppe 8 arbejdet blev aktiviteten på daværende tidspunkt opgjort til, at det drejer sig om 400 – 500 patienter bl.a. patienter til børneastmaskolen på Århus Universitetshospital, Skejby.

Samlet forventer Århus Kommune, at der overføres almindelige ambulante genoptræningsopgaver for 5 mio. kr., hvoraf Århus Kommune selv fra maj 2007 vil løse genoptræningsopgaver for ca. 3 mio. kr. for borgere, der er behandlet for en ortopædkirurgisk lidelse. Hertil kommer Århus Kommunes udgifter til specialiseret, ambulante genoptræning og genoptræning under indlæggelse for samlet set ca. 35 mio. kr.

Hvis antallet af almindelige ambulante genoptræningsplaner øges væsentligt, forventer Århus Kommune, at der sker en tilsvarende nedgang i den specialiserede ambulante genoptræning eller i genoptræning under indlæggelse – så den samlede kapacitet på genoptræningsområdet ikke ændres.

Region Midtjylland bemærker, at antallet af patienter til genoptræning efter indlæggelse ikke kan forventes at være stationært, eller omvendt proportionalt med antallet af specialiserede genoptræningsforløb. I det omfang, patientflowet generelt ændrer sig, vil antallet af patienter med behov for genoptræning også ændre sig. Da specialiseret genoptræning ofte går forud for almindelig genoptræning, forventer regionen ikke, at et eventuelt stigende antal almindelige genoptræningsplaner vil medføre et fald i antallet af specialiserede ambulante genoptræninger eller genoptræning under indlæggelse - snarere tværtimod. Hvis man generelt behandler flere patienter, vil flere skulle genoptrænes - både under indlæggelse, som specialiseret ambulante genoptræning, og gennem almindelige genoptræningsplaner.

Århus Kommune (Sundhedsstaben) vil løbende vurdere, om der er basis for hjemtrækning af yderligere ambulante genoptræningsopgaver. Dialog herom forventes ligeledes at ske i regi af sundhedsaftalearbejdet og i det daglige samarbejde med terapeuter på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby. Der er aftalt et varsel på 7 måneder for hjemtrækning af genoptræningsopgaver.

Århus Kommune vil dog – hvis udviklingen i genoptræningsopgaver bliver væsentlig anderledes end forventet, have behov for at foretage øjeblikkelige justeringer i forhold til opgaveløsningen. I

de tilfælde kan et varsel på 7 måneder for hjemtrækning af genoptræningsopgaver ikke overholdes. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus er af den opfattelse, at planlagte ændringer bør varsles 7 måneder før ikrafttræden. Det er forventningen, at der i de konkrete situationer i fællesskab kan nås konkrete aftaler.

Samarbejde på genoptræningsområdet generelt

Rehabiliteringsafsnit G3 og apopleksiteamet

Rehabiliteringsafsnit G3 er beliggende på Marselisborg Centret i forbindelse med Geriatrik Afdeling. Rehabiliteringsafsnit G3 har været et led i sundhedsaftalen mellem Århus Kommune og Århus Amt. G3 har 10 senge til genoptræning af apopleksipatienter. G3's målgruppe er ældre patienter, der har været udsat for en blodprop eller blødning i hjernen (apopleksi). Patienterne kommer fra de øvrige sygehusafdelinger på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og er alle bosiddende i Århus Kommune.

Århus Kommune opsiges aftalen om fælles finansiering af G3. Regionen bekræfter hermed denne opsigelse således, at opsigelsen af aftalen får virkning fra 1. september 2007. Århus Kommunes opsigelse betyder, at Århus Universitetshospital, Århus Sygehus bliver nødt til at tilpasse G3's tilbud. Opsigelsesfristen er derfor væsentlig bl.a. af hensyn til varsling af personale. Det aftales, at Århus Universitetshospital, Århus Sygehus hurtigst muligt går i gang med denne tilretning, og, såfremt det lader sig gøre, at implementere det tilpassede tilbud tidligere end 1. september, afkortes effektueringen af denne aftale.

I forhold til G3 aftales det endvidere at Region Midtjylland inden 10. marts 2007 udarbejder et notat, der beskriver den tekniske afregning således, at det sikres, at Århus Kommunes automatiske kommunale medfinansiering modregnes i Århus Kommunes betaling til G3. Såfremt dette ikke beskrives tilfredsstillende, betales udelukkende kommunal medfinansiering i 2007. Århus Kommunes udgift til videreførsel af den eksisterende aftale i perioden 1. januar 2007 til 31. august 2007 er 2.065.639 kr. Derudover beregnes Århus Kommunes kommunale medfinansiering i perioden 1. januar 2007 til 31. august 2007 konkret, og Århus Kommune får refunderet dette beløb.

Fra 1. september 2007 drives G3 som en rent sygehusafsnit, hvor kommunen alene bidrager til driften med den kommunale medfinansiering.

Århus Kommune ønsker ikke at indgå aftale om følgehjemteam på G3 og apopleksiteam. Århus Kommune overvejer muligheder for etablering af et "hente hjem" team.

Rehabiliteringsafsnittet G4

G4 har i en årrække været drevet af Geriatrik Afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, som led i sundhedsaftalen med Århus Kommune. G4 har været finansieret dels af Århus Kommune, der årligt har bidraget med i alt 8,8 mio.kr., dels af Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, der har bidraget med 3,3 mio.kr. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har derudover bidraget med assistance i form af socialrådgiver, diætist, teknisk assistance til bygninger og inventar, ligesom der har været studerende tilknyttet afdelingen. Der er i den samlede afregning

ikke taget hensyn til huslejudgifter, der har været afregnet som Geriatrisk Afdelings årlige kontingent til Marselisborg Centret.

Tilbuddet på G4 var rettet mod borgere med lette til moderate funktionstab. På G4 var der både overnattende kursister og dagkursister.

Da de opgaver, som varetages på G4 fra 1. januar 2007 overgår til kommunalt ansvarsområde, skal der ske en overdragelsesforretning, hvis afdelingen skal fortsætte. Århus Kommune har ikke ønsket at købe ydelsen af Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, men vil gerne selv overtage det fulde driftsmæssige og ledelsesmæssige ansvar. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har til kommunen fremsendt en beskrivelse af, hvilket tilbud sygehuset vurderer det vil være muligt at drive videre indenfor den økonomiske ramme, kommunen hidtil har haft for deltagelse i samarbejdet. Dette indebærer efter sygehusets vurdering bl.a., at målgruppen for tilbuddet må ændres fra borgere med lette til moderate funktionstab til borgere med lette funktionstab, samt at der fremover udelukkende kan modtages overnattende kursister.

G4 drives videre på de hidtil gældende vilkår frem til og med 31. august 2007. Afsnittet overgår herefter til kommunal drift og ledelse, og bliver dermed et rent kommunalt tilbud. Århus Kommune overtager herefter personale og det ledelsesmæssige ansvar for G4. Århus Kommunes udgift i opsigelsesperioden fra 1. januar 2007 til 31. august 2007 opgøres som hidtil efter det faktiske forbrug, dog kan Århus Kommunes samlede udgift til G4 maks. udgør 5,9 mio. kr. Århus Kommune betaler ikke husleje i opsigelsesperioden

I det omfang det i overgangsperioden bliver nødvendigt at ansætte nyt personale, sker det i et samarbejde mellem Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, og Århus Kommune.

Det aftales endvidere, at Århus Kommune og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus hurtigst muligt går i gang med at planlægge G4's overdragelse, herunder inddragelse af medarbejdere, varsling m.m.

Marselisborg Centret

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

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

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

idé er, at ny viden og erfaring søges opnået gennem synergieffekter i arbejdet med rehabilitering.

Århus Kommune, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, har besluttet at etablere en kommunal genoptræningsenhed for borgere efter ortopædkirurgisk behandling - netop på MarselisborgCentret (bygning 11) og med start 1. maj 2007. Århus Kommune vil arbejde for at udvikle et rehabiliteringsmiljø med aktiviteter og tilbud til forskellige målgrupper af borgere i kommunen samt at medvirke til at fremme et vidensmiljø på centret.

Krav 2. Hvordan parterne sikrer kommunikation mellem hospitalet, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af borgere med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning.

Genoptræningsplan

Det fremgår af bekendtgørelse og vejledning om genoptræningsplaner, at Regionsrådet skal tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital. Hospitalet udarbejder genoptræningsplanen.

Genoptræningsplanen behøver ikke at være underskrevet af en læge, men er altid udarbejdet på baggrund af en lægefaglig vurdering.

Borgeren skal senest ved udskrivning have udleveret genoptræningsplanen.

Borgeren skal være med til at fastlægge indholdet af genoptræningsplanen. Genoptræningsplanen skal formuleres i et sprog, som borgeren kan forstå. Fagudtryk skal forklares.

I Region Midtjylland anvendes MedComs skabelon for en genoptræningsplan ([Bilag 1](#)). Skabelonen findes som pdf fil på www.sundhed.dk

Kopi af genoptræningsplanen og relevant information om borgeren, eksempelvis testresultater, vedlægges genoptræningsplanen og sendes efter aftale med borgeren til hjemkommunen senest ved borgerens udskrivning.

Genoptræningsplanen sendes endvidere efter aftale med borgeren til borgerens egen læge.

Hvis borgeren har behov for specialiseret genoptræning, sendes genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til det valgte hospital og efter samtykke i kopi til borgers hjemkommune og egen læge.

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

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

Det behandelende hospital udarbejder en genoptræningsplan.

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

Ved almindelig ambulant genoptræning sendes genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til hjemkommunen, som varetager genoptræningen.

Genoptræningsplan efter udskrivning fra privathospital (udvidede frie sygehusvalg)

Privathospitalet udarbejder en genoptræningsplan.

Ved specialiseret genoptræning sendes genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til hjemsygehuset. Kopi af genoptræningsplan sendes efter aftale med borgeren til hjemkommunen.

Ved almindelig ambulant genoptræning sendes genoptræningsplanen efter aftale med borgeren til hjemkommunen, som har ansvaret for genoptræningen.

Genoptræningsplan efter udskrivning fra privathospital (egenbetaling)

Ved udskrivning fra et privathospital, hvor borgeren er blevet behandlet for egen regning, henviser privathospitalet til det hospital, som borgeren vælger, skal varetage genoptræningsopgaven. Det valgte hospital vurderer et eventuelt behov for en genoptræningsplan og efterfølgende gratis ambulant genoptræning.

Tidsfrist for første kontakt til borgeren efter udskrivning

For at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet skal hjemkommunen (ved almindelig ambulant genoptræning) eller hospitalet (ved specialiseret genoptræning) kontakte borgeren med henblik på tilrettelæggelse af det videre genoptræningsforløb. Borgeren skal kontaktes senest 3 hverdage efter, at borgeren har modtaget genoptræningsplanen.

Kommunen eller hospitalet skal kunne opstille et beredskab, som varetager den videre genoptræning på et fagligt forsvarligt niveau, hvis borgerens tilstand kræver, at genoptræningsforløbet ikke afbrydes midlertidigt efter udskrivelsen.

Varsling af hjemkommune og hospital

Hjemkommunen 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 hjemkommunen og hospitalets terapiafdeling om følgende:

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

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

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

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

Gensidig information mellem hjemkommune og hospital

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

Information til de praktiserende læger

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

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

Kontaktpersonordning

Ifølge bekendtgørelsen om genoptræningsplaner skal der etableres en kontaktpersonordning. 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. 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.

I Århus Kommune varetages kontaktpersonordningen af Århus Kommune, Sundhed og Omsorg, Søren Frichsvej 36m, 8230 Åbyhøj Att. Visitationen

Navn, afdeling, telefonnummer, e-mail adresse og postadresse på hospitalets og kommunens kontaktperson skal fremgå af genoptræningsplanen. Endvidere skal fremgå navnet på den behandlende læge og de(n) trænende terapeut(er) på hospitalet samt praktiserende læge.

Løbende dialog i forhold til tvivlsspørgsmål og uenigheder i genoptræningsforløbet

Hospitalet og kommunerne kan aftale, hvordan dialogen omkring afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder løbende skal være i genoptræningsforløbet. Indtil videre sker dialogen mellem kommune og hospitaler om genoptræningsplaner og konkrete patientforløb mellem hospitalsafdeling og visitationsenhed. Ved spørgsmål af mere principiel karakter sker dialogen mellem de ledende terapeuter på hospitalet og Sundhedsstaben, Århus Kommune

I forbindelse med Århus Kommunes hjemtrækning af almindelige ambulante genoptrænings-opgaver på det ortopædkirurgiske område, skal det aftales, hvordan personalet i det kommunale genoptræningscenter kan have let og direkte adgang til at afklare konkrete problemstillinger i tæt samarbejde med læger og evt. fysio-/ergoterapeuter på hospitalet.

Det samme gælder tilfælde, hvor patientforløbet/genoptræningsforløbet ændrer karakter fra at være et ukompliceret forløb til at blive et kompliceret forløb – eller omvendt at patientforløbet ændrer sig fra at være et kompliceret forløb til et ukompliceret forløb.

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.

Opstår der problemer undervejs i genoptræningsforløbet, skal disse afklares med det hospital, der har behandlet borgeren.

Borgere, der efter udskrivning fra et hospital har et lægefagligt begrundet behov for almindelig ambulante 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 skal hjemkommunen informere borgeren om det frie valg. Dette sikres ved, at hospitalet udleverer et informationsbrev om det frie valg til borgeren (specialiseret genoptræning og almindelig ambulans genoptræning). Informationsbrevet udleveres sammen med genoptræningsplanen. Hospitalet og hjemkommunen er forpligtet til at efterkomme borgerens valg af genoptræningsinstans indenfor lovgivningens rammer. Vedlagt er informationsbreve om det frie valg vedrørende henholdsvis specialiseret og almindelig ambulans genoptræning ([Bilag 2](#) og [Bilag 3](#)).

Almindelig ambulans genoptræning

Senest 3 hverdage efter modtagelsen af genoptræningsplanen, kontakter hjemkommunen borgeren med henblik på tilrettelæggelse af genoptræningsforløbet. Hjemkommunen 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
- Holdtræning, individuel træning i eget hjem eller på et genoptræningssted eller selvtræning (som overordnede muligheder)
- 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. Århus Kommune vil løbende udbygge hjemmesiden med informationer om de nye sundhedsopgaver; herunder løsningen af de nye genoptræningsopgaver.

Det skal fremgå i informationsbrevet, at borgeren få dage efter modtagelsen af informationsbrevet skal kontakte hjemkommunen, hvis borgeren ikke ønsker at anvende hjemkommunens genoptræningstilbud. Det skal endvidere fremgå af informationsbrevet, at hvis hjemkommunen ikke kontaktes af borgeren indenfor tidsfristen, indkalder hjemkommunen borgeren til en forundersøgelse hos en terapeut, idet det forudsættes, at borgeren har accepteret hjemkommunens 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 hjemkommunen, fremsender hjemkommunen kopi af genoptræningsplanen til genoptræningsstedet efter aftale med borgeren.

Specialiseret genoptræning

Når hjemhospitalet, 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. Ergo- og fysioterapiafdelingen ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby vil løbende udbygge hjemmesiden med information om afdelingens genoptræningstilbud.

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.

Ventetid

Ventetid defineres af kommunerne og regionen som udgangspunkt som den tid, der går, fra borgeren udskrives til borgeren får en forundersøgelse ved en terapeut på det genoptræningssted, der skal varetage genoptræningen. Det forventes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet / Sundhedsstyrelsen definerer ventetiden. Region Midtjylland kontakter Indenrigs- og Sundhedsministeriet / Sundhedsstyrelsen med henblik på at anbefale, at ventetiden defineres ens i hele landet.

Ventetid til forundersøgelse kan oplyses på kommunernes og hospitalernes hjemmesider.

Leverandøren af genoptræning er forpligtiget til at registrere og offentliggøre ventetiden.

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 hospitalet.

Kapaciteten i dag og kapacitetsbehov i 2007 og frem

Det har ikke været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud efter indlæggelse. Regionen og kommunerne tager således udgangspunkt i, at vi i dag har tilstrækkelig kapacitet til ambulante genoptræning på hospitaler, i kommuner og i praksis. Den konkrete arbejdsdeling har hidtil været forskellig.

De fire amter har udarbejdet opgørelser (baseret på 2004 tal) over den ambulante genoptræning på hospitalerne. Disse opgørelser er regionens udgangspunkt for at kunne skelne mellem specialiseret ambulante og almindelig ambulante genoptræning og dermed fastlægge den nødvendige kapacitet. Et andet udgangspunkt for den kommunale budgetlægning kan være den økonomiske udligning (DUT). Der er grundet hidtil mangelfuld registrering stor usikkerhed om aktiviteten på det samlede genoptræningsområde.

Omfanget af genoptræningsaktivitet hos praktiserende fysioterapeuter er usikker. Der kan dog foretages et skøn/estimat med baggrund i udførte genoptræningsplaner, hvor ydelsen er leveret af praktiserende fysioterapeuter i Århus Amt fra den 1. oktober 2005 og i Ringkjøbing Amt den 1. december 2005.

Løbende sikring af kapaciteten

Hvis regionen (hospitalet) planlægger afvigelser fra det forventede, f.eks. ved øgning af specifikke operationer, der kræver genoptræning, har regionen (hospitalet) ansvar for at sikre sig, at kommunerne har mulighed for at planlægge tilvejebringelse af den nødvendige kapacitet. Tilsvarende har kommunerne ansvar for at sikre, at hospitalerne varsles om hjemtagelsesprojekter. Dette skal ske med et varsel på 7 måneder.

Regionen tager dog forbehold for et stigende antal uplanlagte patientforløb. Det kan f.eks. dreje sig om flere akutte patienter, eller om ændrede henvisningsmønstre. Samtidigt tages forbehold for situationer, hvor regionen pålægges at opstarte eller accelerere behandlingsforløb med kort varsel. I de tilfælde kan et varsel på 7 måneder for et øget antal henvisninger til almindelig genoptræning

ikke overholdes.

Den løbende sikring af kapaciteten forudsætter som minimum, at

- hospitalerne registrerer den specialiserede genoptræning mht.:
 - o CPR-nr.
 - o Hjemkommune
 - o Patientgruppe
 - o Leverede ydelser

- kommunerne registrerer den almindelige genoptræning mht.:
 - o CPR-nr.
 - o Sygehus/afdeling, der har udfærdiget genoptræningsplanen
 - o Patientgruppe
 - o Leverede ydelser
 - o Hvem der leverer ydelser (praktiserende fysioterapeut, sygehus, kommune, privat etc.)

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

Krav 5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Etablering af en lokal styregruppe

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

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

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

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

For en nærmere beskrivelse af den lokale styregruppes opgaver henvises til sundhedsaftalen om

indlæggelse, krav 3.

Særligt for samarbejdet på genoptræningsområdet:

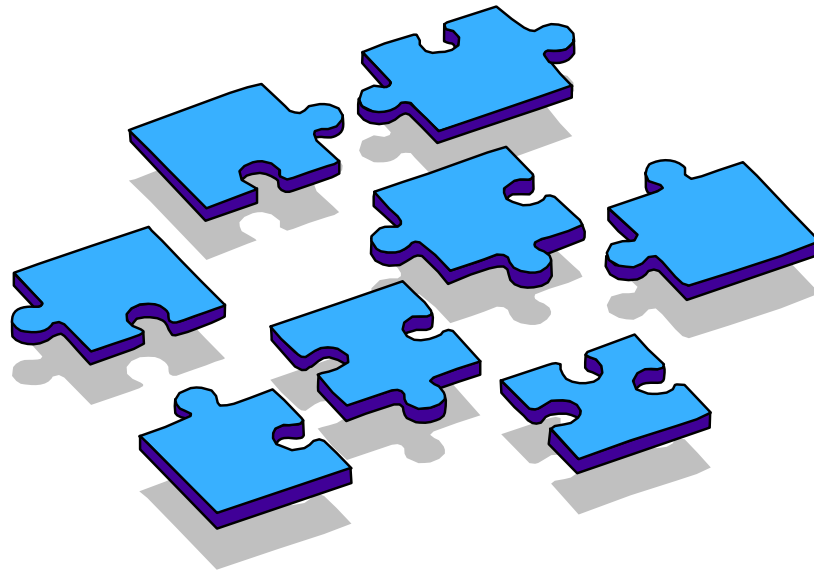
- Sikre en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem hospital og kommuner
- Som et kvalitetsudviklingsprojekt i fællesskab arbejde med at implementere den danske kvalitetsmodel i de respektive sektorer
- Afdække i fællesskab, hvordan vi sikrer de terapeutiske kompetencer i forhold til genoptræning af patienter i hele forløb. Herunder arbejde med forslag om udarbejdelse af kompetenceprofiler, jobrotation, opbygning af faglige og ledelsesmæssige netværk m.m.
- Som et udviklingsfelt drøfte og komme med forslag til, hvordan vi sikrer, at der kontinuerligt arbejdes med forsknings- og udviklingsprojekter. I fællesskab udpege fokusområder, hvor der i et tværsektionelt samarbejde skal arbejdes på forskningsprojekter knyttet til genoptræningsforløb
- Afdække hvordan vi i samarbejde kan udvikle fællesdokumentation og registrering
- Undersøge udviklingen i omfanget af genoptræningsydelser
- Undersøge om patienterne oplyses om det frie valg
- Undersøge hvor lange ventetiderne er
- Undersøge om der udleveres genoptræningsplaner til de borgere, der skal have udleveret en genoptræningsplan
- Undersøge om genoptræningsplanerne udsendes i henhold til aftalen
- Undersøge om borgerne, kommunerne og hospitalerne er tilfredse med aftalen

Århus Kommune registrerer alle modtagne genoptræningsplaner, og følger udviklingen på området tæt.

SKS koder for terapiydelser

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

**Udkast til
Aftale om
Hjælpemiddelområdet**



Udkast til aftale om hjælpemiddelområdet

Der er netop udsendt et nyt afgrænsningscirkulære som erstatning for afgrænsningscirkulæret vedrørende hjælpemidler og behandlingsredskaber fra 1975. Region Midtjylland og Århus Kommune er uenige om fortolkningen og konsekvenserne af det nye afgrænsningscirkulære. Dette skal afklares endeligt.

Region Midtjylland og Århus Kommune er enige om at fortsætte den hidtidige praksis for samarbejdet på hjælpemiddelområdet, indtil samarbejdet om det nye afgrænsningscirkulære er på plads.

Nedenstående aftale på hjælpemiddelområdet er udtryk for hidtidig praksis.

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 lov og ved praksisfastsættelse fra Den sociale Ankestyrelse. [Bilag 1](#) indeholder lovgrundlag og definitioner.

En borger kan have et midlertidigt eller varigt behov for hjælpemidler. *Et behov er varigt, når det efter en faglig vurdering er sandsynliggjort at borgeren har en varigt nedsat funktionsevne.* Ansvaret for behandlingsredskaber og hjælpemidler ved midlertidigt behov er regionalt, mens ansvaret for hjælpemidler ved varigt behov er kommunalt.

Behandlingsredskaber og midlertidige hjælpemidler

I et behandlingsforløb på et hospital kan en borger få lægeordineret behandlingsredskaber eller midlertidige hjælpemidler til afhjælpning af et midlertidigt behov. Hospitalet udlåner som udgangspunkt midlertidigt som led i behandlingen. Det er dog hospitalet, som udlåner egentlige behandlingsredskaber, selv om de er til varigt brug. Det er en forudsætning for udlånet, at borgeren er i kontakt med hospitalet og at hospitalet fører tilsyn med redskabet.

Udlån til borgere, der er på venteliste til behandling, der behandles på andre regioners hospitaler, sker fra borgerens lokale hospital.

Udlån til borgere, der behandles på private hospitaler m.v., er reguleret i Danske Regioners aftaleindgåelse med disse sygehuse. Genanvendelige behandlingsredskaber og hjælpemidler udlånes af det private hospital, men det private hospital kan med borgerens lokale hospital aftale udlån af større hjælpemidler. Selvbetalende borgere behandlet på privathospital følger reglerne om udvidet frit sygehusvalg.

Hospitalet udlåner som udgangspunkt ikke hjælpemidler til borgere, der ikke er kendt i hospitalsregi. *Praktiserende lægers, skadestuvers og lægevagten eventuelle muligheder for at tildele borgere behandlingsredskaber eller midlertidige hjælpemidler aftales lokalt.*

Varige hjælpemidler

Kommunen bevilger hjælpemidler ved varigt behov. En bevilling forudsætter, at hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller er nødvendigt for at borgeren kan udøve et erhverv. Det er dog kommunen, der bevilger APV-hjælpemidler og sygeplejeartikler, selv om de er til midlertidigt brug. Et eksempel på et APV-hjælpemiddel er f.eks. udlån af plejesenge til pleje af borgere i hjemmet.

Hjælpemidler kan i Århus Kommune leveres fra dag til dag.

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

Træningsredskaber, der anvendes som led i den målrettede genoptræning, udlånes / bevilges efter konkret og individuel faglig vurdering af den part, der har ansvaret for genoptræningen. Redskaber, som benyttes til anden træning end træning efter sundheds- og servicelovene, kan normalt ikke udlånes / bevilges.

Terminalpatienter

Borgere, der er uhelbredeligt syge og døende, kræver ofte meget pleje, omsorg og hyppigt tilsyn. Hjælpemidler og behandlingsredskaber skal ofte tilvejebringes meget hurtigt til terminalpatienter.

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. Kommunen bevilger hjælpemidler, mens regionen udlåner behandlingsredskaber.

Arm- og proteseområdet

Århus Kommune har overtaget den medarbejder, der hidtil har varetaget opgaven i Århus Amt. Denne medarbejder har således fulgt opgaven. Det er endnu uafklaret, om det er hospitalerne eller kommunen, der skal bevilge den første protese. Århus Kommune har bedt Socialministeriet afklare dette og afventer p.t. svaret.

Høreapparater

Samarbejdet mellem kommunerne og de Audiologiske Afdelinger er endnu ikke afklaret, men midlertidigt udleverer afdelingerne høreapparater som hidtil. Der er nedsat en regional arbejdsgruppe, som skal komme med en model for det fremtidige samarbejde. Socialministeriet vil desuden i januar 2007 tage initiativ til en arbejdsgruppe sammen med KL og Danske Regioner for at komme med nogle overordnede retningslinier for samarbejdet. Århus Kommune får evt. mulighed for at deltage i denne arbejdsgruppe.

Modellen for det fremtidige samarbejde med de private, godkendte høreapparatleverandører er i en opstartsfasen, men de grundlæggende spilleregler er aftalt.

Der er indgået aftale mellem Århus Kommune og Region Midtjylland om, at Høreinstituttet fortsat skal instruere borgerne om brug af deres høreapparater m.v.

Andre fokusområder

Århus Kommune og Region Midtjylland vil i de kommende år sætte fokus på følgende områder:

- Eventuelt håndskinner i forbindelse med den specialiserede ambulante håndterapi
- Boligtilpasninger, herunder vedrørende Hammel Neurocenter, Paraplegifunktionen i Viborg og Sclerosehospitalet i Ry, Institut for Muskelsvind og hospice-området
- Overgangen fra midlertidige til varige hjælpemidler
- Praktiserende lægers m.fl. eventuelle muligheder for at tildele borgere behandlingsredskaber eller midlertidige hjælpemidler

Krav 2. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter.

Bevilling eller udlån sker fra de kommunale, private (hvor kommunen har indgået aftale) og regionale depoter. En koordinering af området forudsætter fælles platforme, f.eks. vedrørende:

- Ensartet elektronisk styring af indkøb, lager og udlån med opkobling til Hjælpemiddelinstitutet og med mulighed for dataudtræk
- Muligheder for elektronisk kommunikation mellem hjælpemiddeldepoterne
- Definition af udvalgte standardvarer / hyldevarer
- Koordinering af lagerførte specialhjælpemidler og / eller behandlingsredskaber med genbrugsordning

Pt. er der ikke etableret en sådanne fælles platforme.

Udlevering af hjælpemidler fra Århus Kommune sker fra Hjælpemiddeldepotet. Århus Kommune har indgået aftale med Falck om drift af hjælpemiddelcentret.

Århus Kommune og Region Midtjylland vil i de kommende år arbejde med følgende fokusområder

Der aftales med henblik på etableringen af fælles platforme følgende fokusområder:

- Fælles definition af standardvarer / hyldevarer og specialhjælpemidler / specialbehandlingsredskaber på de kommunale og regionale hjælpemiddeldepoter med henblik på bevilling / udlån
- Fælles funktioner for specialhjælpemidler / specialbehandlingsredskaber
- Udvikling af samarbejdet mellem kommunerne og regionen vedrørende (fælles) elektroniske styrings-, lager- og kommunikationssystemer med mulighed for opkobling til Hjælpemiddelinstitutet og med mulighed for dataudtræk, med henblik på bevilling / udlån
- Etablering eller videreudvikling af genbrugsordninger og lejeordninger på tværs af hjælpemiddeldepoterne
- Koordinering af logistik / fragt
- Indgåelse af fælles indkøbsaftaler vedrørende hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Etablering af fælles administrative og kliniske instrukser for hjælpemidlerne og behandlingsredskabernes funktion, levering, hygiejne, m.v.
- Mulighed for fælles projekter, hvor hjælpemiddelområdet samles som en fælles kommunal / regional funktion, eventuelt flere kommuner i fællesskab

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 hospital.

Denne del af aftalen knytter an til aftalen om indlæggelse og udskrivning. Formålet er at sikre rettidig dialog og afklaring vedrørende den enkelte borgers behov.

Varsling

I aftalen om indlæggelse og udskrivning er der angivet frister for hospitalets varsling af kommunen ved udskrivning af borgere. Hospitalets varsling skal omfatte borgerens behov for hjælpemidler med henblik på, at disse er tilvejebragt, før borgeren udskrives. Hospitalsafdelingen skal inden udskrivelse sikre sig, at hjælpemidlet kan være i hjemmet, og at borgeren kan bruge det i hjemmet..

Hospitalet har ansvar for rettidig udlevering af og instruktion vedrørende behandlingsredskaber efter lægeordination.

Dialogen mellem borger, hospital og kommune vedrørende bevilling / udlån af hjælpemidler og behandlingsredskaber påbegyndes ved borgerens henvisning til behandling / indlæggelse på hospitalet. Dialogen påbegyndes, når borgerens (forventede) funktionsevne er kendt. Inden borgerens udskrivning fra hospital skal samarbejdet mellem borger, hospital og kommune være indledt.

Akut indlæggelse

I forbindelse med borgerens indlæggelse afklarer hospitalet om borgeren har behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber ud fra en faglig vurdering af borgerens funktionsevne.

Planlagt indlæggelse

I forbindelse med henvisningen af borgeren, eller ved borgerens indlæggelse på hospital, afklarer hospitalet, om borgeren har behov for behandlingsredskaber eller hjælpemidler ud fra en faglig vurdering af borgerens funktionsevne.

Tvivlsspørgsmål

Det aftales, at hvor borgeren efter en faglig vurdering har et berettiget behov for hjælpemiddel eller behandlingsredskab, men hvor der er tvivl om hinandens forpligtelser udlånes dette af den part, der har borgeren i sit ansvar (det indebærer bevilling fra kommunen, hvis borgeren er i eget hjem, når behovet identificeres, eller udlån fra hospitalet, hvis hjælpemidlet skal udlånes i forbindelse med borgerens udskrivning). Den beskrevne ansvarsfordeling mellem kommuner og hospital er gældende, idet betalingsspørgsmålet skal afklares.

Transport af hjælpemidler

Det er den part, der har ansvaret for at bevilge / udlåne et hjælpemiddel eller behandlingsredskab, der har ansvaret for at levere og afhente det. Den ansvarlige part vurderer, i hvilket omfang borgeren selv kan pålægges at transportere / returnere det bevilgede eller udlånte hjælpemiddel og / eller behandlingsredskab. Når borgeren har fået udlånt / bevilget et hjælpemiddel, er det som hovedregel borgerens ansvar at transportere / medbringe dette, hvor der er behov for dette. Som hovedregel udlånes / bevilges der kun ét sæt hjælpemidler og / eller behandlingsredskaber.

Telefonliste til fagpersoner

Der skal udarbejdes en telefonliste over de kommunale og regionale hjælpemiddeldepoter, og over de relevante kommunale og regionale sundhedspersoner og sagsbehandlere / kontaktpersoner med henblik på at lette kontakten og etablere relevante netværk. Telefonlisten skal være tilgængelig på hospitalernes og Århus Kommunens intranet/portal.

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.

Den part, der bevilger / udlåner hjælpemidlet eller behandlingsredskabet, har ansvaret for instruktion af borgeren i brugen heraf.

Generel rådgivning og vejledning påhviler såvel kommuner som region. Specialrådgivning er en kommunal forpligtelse, der i relevante tilfælde kan understøtte den generelle instruktion af borgeren.

Instruktion i hjemmet af borgeren vedrørende hjælpemidlets eller behandlingsredskabets funktion og anvendelse afgøres af den part, der bevilger / udlåner hjælpemidlet eller behandlingsredskabet.

Ved udlån af behandlingsredskaber fra hospital medfølger en låneseddel, hvoraf fremgår, hvilket behandlingsredskab der er udlånt, at hjælpemidlet udlånes midlertidigt og skal tilbageleveres efter endt udlån, samt en kontaktperson / kontaktmulighed ved eventuelle spørgsmål. *Ved bevilling af hjælpemiddel fra kommunen medfølger et tilsvarende materiale ved større genbrugshjælpemidler. Ved behov herfor vedlægges også en skriftlig vejledning om hjælpemidlets anvendelse.*

Fokusområder

Der aftales følgende fokusområder:

- Synergien mellem den kommunale specialrådgivning og øvrig rådgivning henholdsvis regional
- Udarbejdelse af ensartet informationsmateriale
- Kontaktpersonordning

Krav 5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Etablering af en lokal styregruppe

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

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

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

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

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

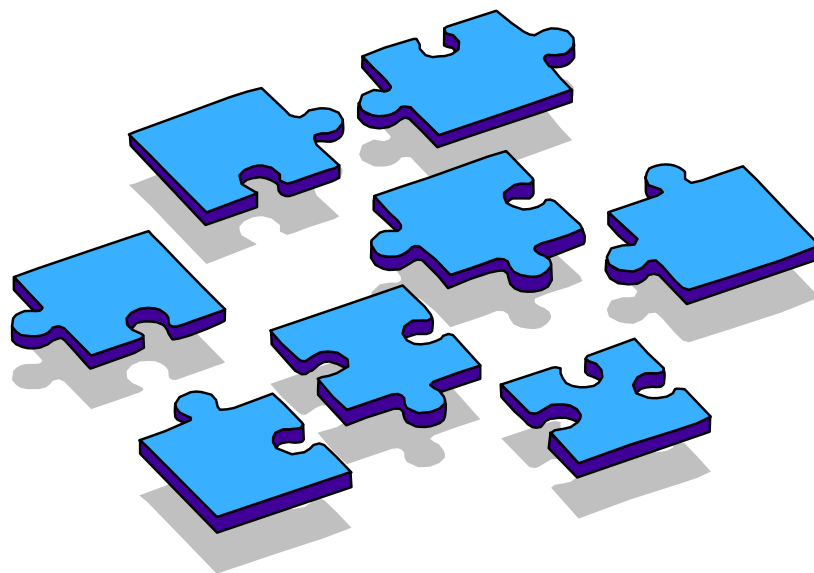
Etablering af samarbejdsforum på hjælpemiddelområdet

Der nedsættes et samarbejdsforum mellem kommuner og region til at sikre implementeringen af aftalerne vedrørende hjælpemidler og behandlingsredskaber. Forummet sammensættes af repræsentanter for kommunerne og regionen (hospitaller, de praktiserende læger og sundhedsstaben).

Etablering af dette samarbejdsforum skal sikre opfølgning, og undersøge i hvilket omfang, parterne lever op til aftalen. Opfølgningen skal herunder afklare:

- Om udlånet / bevillingen af hjælpemidler og behandlingsredskaber fungerer smidigt og effektivt, og der sker en relevant koordinering mellem kommuner og region
- Uklar ansvarsfordeling og naturlig opgaveglidning mellem kommunernes og regionens udlån / bevilling af hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Problemstillinger der viser sig i relation til behandling på private hospitaler m.v. og andre regioners hospitaler.

Udkast til Aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse



Udkast til aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1. Arbejdsdelingen mellem regionens hospitaler, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

Forebyggelse og sundhedsfremme er et nyt område at indgå aftaler om. Hidtil har der ikke været formelle aftaler mellem sektorerne omkring forebyggende og sundhedsfremmende tiltag.

I forhold den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats er det fastlagt i sundhedsloven, at Kommunerne ifølge sundhedsloven § 119 har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og skal tillige varetage den patientrettede forebyggelse, som finder sted uden for hospitaler og almen praksis. Regionerne skal varetage den patientrettede forebyggelse i relation til almen praksis og hospitaler og har tillige tværgående opgaver inden for kvalitetssikring, forskning og udvikling. I Region Midtjylland er det besluttet også at tilbyde en sundhedsprofil, specialiseret rådgivning og undervisning i sundhedsfremme og forebyggelse samt at etablere samarbejde til og mellem kommunerne i regionen.

Den nærmere prioritering af indsatsområder og arbejdsdeling herom vil blive aftalt i forbindelse med forhandlingerne om de bilaterale sundhedsaftaler.

I det følgende præsenteres 4 tværgående indsatsområder, som med fordel kan indgå i de konkrete forhandlinger i lighed med øvrige lokale prioriteringer.

Som baggrunds- og inspirationsmateriale til disse forhandlinger henvises til den samlede afrapportering fra temagruppen vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme på Region Midtjyllands hjemmeside, hvor bl.a. beskrivelserne af de enkelte indsatsområder er lagt ud.

Indsatsområde - Sundhedsprofil for Region Midtjylland – Hvordan Har Du Det?

Region Midtjylland har gennemført en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Midtjylland. Undersøgelsen *Hvordan har du det?* omfatter borgere fra 25-79 år og er tilrettelagt på en sådan måde, at alle de 19 kommuner i regionen har fået oplysninger om deres egne borgere.

Den regionale sundhedsprofil med tal fra hver af de 19 kommuner, er en opgave Region Midtjylland har påtaget sig på initiativ af de fire tidligere amter, som helt eller delvist indgår i regionen. Det er aftalt, at Region Midtjylland holder et opfølgende møde med hver af de 19 kommuner om sundhedsprofilen med hovedvægt på den enkelte kommunes data

Som supplement til undersøgelsen *Hvordan har du det?* Gennemføres og afrapporteres i 2007 en etnisk sundhedsprofil. Der er tale om en national undersøgelse af 8000 borgere mellem 18-66 år.

Undersøgelsen gennemføres i et samarbejde mellem Århus Kommune, Region Midtjylland, Odense Kommune, Region Syddanmark, Københavns Kommune, Region Hovedstaden, Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab (KU).

Indsatsområde - Risikofaktorer og folkesundhed

Sundhedsaftalerne kan indeholde aftaler om den konkrete arbejdsdeling vedr. indsatserne i forhold til en række af de kendte risikofaktorer med betydning for folkesundheden. Her tænkes på rygning, fysisk inaktivitet, usund kost og alkoholforbrug samt den biologiske risikofaktor overvægt med henblik på at tilbyde en sammenhængende indsats. I samarbejdet mellem Århus Kommune og Region Midtjylland er en sammenhængende rygestopindsats højeste prioritet i den første sundhedsaftale.

På tobaksområdet tilbyder Århus Kommune i samarbejde med byens apotekere alle borgere og patienter rygestopvejledning og rygestopkurser. (se pjece med oversigt over steder, startdatoer mm.). SundhedsCenter Århus yder rygestopvejledning, ligeledes ydes rygestopvejledning af sundhedsklinikkerne på de samdrevede lokalcentre.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus screener for tobaksforbrug, giver råd og vejledning om rygeophør og tilbyder rygestopkursus (individuel og i grupper) i rygestopambulatoriet til patienter med sygdomme, der skyldes rygning eller forværres ved rygning.

I Århus Kommune sker formidlingen af rygestopvejledning bl.a. via pjecer, hjemmesiden aarhuskommune.dk/sundhedsstaben samt brug af diverse medier

Det er en løbende udfordring at rekruttere deltagere til rygestoptilbud. Et enkelt spørgsmål fra en sundhedsfaglig person kan virke motiverende, hvorfor Århus Kommune skal opfordre til en mere systematisk indsats i almen praksis og på sygehusene.

Rygestop i forhold til psykiatriske brugere er et udviklingsområde.

Indsatsområde - Uddannelse af borgere med kroniske lidelser

For at skabe de bedste læringssituationer for borgere med kroniske lidelser, må uddannelserne planlægges ud fra borgerens aktuelle behov, der er forskellige afhængig af, hvor i sygdomsforløbet den enkelte befinder sig.

Indsatsen i forhold til borgere med kroniske lidelser sker flere steder; bl.a. på hospitalerne, hos praktiserende læger og i Århus Kommune.

Indsatsen kan omfatte følgende typer af tilbud:

- Klinisk undervisning på hospitalet
- Patientskoler/sundhedsskoler
- Lærings- og mestring

- Lær at leve med kronisk sygdom (Stanford modellen)
- Selvhjælpsgrupper (borgere med kroniske lidelser, der har behov for støtte i hverdagen)

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby har patientskoler på en række områder. I det følgende er tilbuddene vedrørende diabetes-patienter og hjerterehabilitering beskrevet nærmere.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Diabetes:

På Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har både afdeling C og afdeling M tilbud om undervisning af både type 1 og type 2 diabetes patienter. Derudover er der på afdeling M et særligt undervisningsforløb med fokus på de særlige problemstillinger omkring krav til fodpleje.

Tilbud til patienter med type 1 diabetes:

Lære at behandle og monitorere egen sygdom. Instruktion i insulinpumpens funktion. Undervisning vedr. lavt og højt blodsukker, plus 100 og 500 % regel. Hjælp til tackling af livet med en kronisk sygdom. Formidling af diabetesforskning, insulin og injektion, viden om lavt blodsukker, psykologiske aspekter ved kronisk sygdom. Praktisk oplæring i pumpebrug. Oplæring i udredning af insulin-kulhydrat-regulering. Handling og regulering ved f.eks. sygdom og motion.

Tilbud til patienter med type 2 diabetes:

Hjælp til ændring af livsstil (kost, rygning, alkohol, motion), øget indsigt i egen sygdom, lære at monitorere og behandle egen sygdom, tackle livet med kronisk sygdom, undervisning i fysiologi, højt og lavt blodsukker, kostprincipper i teori og praksis, motion ved fysioterapeut, rygevaner, selvkontrol, blodsukkersenfølger, at leve med diabetes mellitus

Fælles tilbud til patienter med type 1 og type 2 diabetes:

Undervisning i fodpleje, herunder indsigt i, monitorering og behandling af egen sygdom, instruktion i fodpleje, forebyggelse og korrekt fodtøj

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Hjerterehabilitering:

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har to rehabiliteringstilbud til hjertepatienter. Det drejer sig om a) et rehabiliteringstilbud til hjertepatienter med akut myocardiinfarkt og b) et rehabiliteringstilbud til hjerteinsufficienspatienter.

Rehabiliteringstilbud til hjertepatienter med akut myocardiinfarkt::

Kardiologisk afdeling A har igennem mange år haft tilbud om hjerterehabilitering. Dette tilbud foregår som konsultationer i Hjerte- og Lipidklinikken, og forløber over ca. 6 uger. Konsultationerne er individuelle, og ægtefællen opfordres til at deltage. Den fysiske træning, som foregår på hold med 6-10 patienter, er dog alene for patienterne. Patienterne indkaldes til Klinikken i ugerne umiddelbart efter udskrivelsen fra sengeafdelingen.

I rehabiliteringsprogrammet indgår følgende:

- 4 sygeplejerskekonsultationer, hvor der er fokus på sygdomsforløb, fysiologi ved AMI, vejledning i medicin, kroppens signaler, fysisk tilstand, psykisk tilstand og tiden fremover,

herunder livsstil

- rygestopinstruktion efter behov
- konsultationer ved klinisk diætist med gennemgang af patientens kostvaner og tilbud om opfølgende samtale
- lægeundersøgelse 3 gange. Herunder cykeltest, justering af medicinsk behandling efter AMI, kontrol af blodtryk, blodprøver og eventuelt røntgenundersøgelse af hjerte og lunger
- fysisk træning ved fysioterapeut i alt 8 timer (1 time ugentligt i 8 uger)

Rehabiliteringen varetages af speciallæger, erfarne sygeplejersker og diætister, der har fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, og som har mange års erfaring med i samarbejde med patienten at prioritere patientens behov under hensyntagen til dennes ressourcer. Der arbejdes med realistiske mål, som nås – 80% af patienterne gennemfører forløbet

Rehabilitering af Hjerteinsufficienspatienter:

Rehabilitering af Hjerteinsufficienspatienter har været et indsatsområde på medicinsk afsnit A220 gennem de seneste 10 år.

Formålet med projektet er dels at sikre fortsat korrekt medicinsk behandling, dels at sikre at patienterne tager et større medansvar for eget liv, og dermed opnår øget livskvalitet. Det nationale indikatorprojekt har udarbejdet indikatorer, som sætter standarden for rehabiliteringen af hjerteinsufficienspatienter (både behandling og patientundervisning).

Patientundervisningen tager udgangspunkt i den enkelte patient og denne problemområder. Indholdet i undervisningen er centreret om 3 temaområder:

- Sygdommen: anatomi og fysiologi, og symptomforståelse
- Behandling: medicin (virkning og bivirkning), sammenhæng mellem symptomer og behandling, og selvadministration og den diuretiske behandling
- Livsstilsfaktorer: røg, kost og motion (der tilbydes ikke fysisk træning)

Århus Universitetshospital, Skejby, Hjerterehabilitering

Århus Universitetshospital, Skejby tilbyder hjerterehabilitering (fase 2, specialiseret genoptræning) til relevante hjertepatienter. Tilbuddet omfatter både fysisk træning, vejledning vedr. livsstilsfaktorer m.m, støtte til rygeafvænnning og vejledning i kostomlægning m.v.

Undervisningen varetages af sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister.

Århus Kommune har åbnet *Sundhedscenter Århus* hvor der bl.a. gennemføres patientskoletilbud til 3 grupper: a) borgere med KOL sygdom, b) borgere med hjerte-kar sygdom samt 3) borgere med diabetes.

Det er praktiserende læger, der kan henvise til patientskoletilbudene.

Henvisningskriterier samt yderligere oplysninger om tilbudene i sundhedscentret fremgår af den

Klinisk Info, der er udarbejdet i samarbejde med praksiskonsulenter ved de relevante sygehusafdelinger og Århus Kommunes praksiskonsulent i Sundhed og Omsorg. Pjece om tilbudet kan ses på hjemmesiden: aarhuskommune.dk/sundhedsstaben

Der vil være et tæt samarbejde med praktiserende læger og personale på de sygehusafdelinger, der behandler og plejer patienter med ovenstående diagnoser.

Århus Kommune overvejer etablering af andre sundhedscentertilbud:

- sundhedscenter Gellerup
- et sundhedscenter for målgruppen sygedagpengemodtagere
- et sundhedscentertilbud i samarbejde med oplysningsforbund og patientforeninger

Sundhedscenter Gellerup (arbejdstitel)

Sundhedscenter Gellerup er arbejdstitlen på et udviklingsarbejde, som er igangsat primo 2007 i Sundhed og Omsorg. Hensigten er at udvikle et sundhedscenterkoncept målrettet borgere i Århus Vest. Der er gode erfaringer med Sundhedshuset i Vest, som primært retter imod småbørnsforældre og har opsøgende aktiviteter. I Århus Vest er der også erfaring med livsstilskurser for voksne (f.eks. diabetes type 2). De erfaringer skal der bygges videre på. Med udgangspunkt i den føromtalt etniske sundhedsprofil, som gennemføres i 2007, vil der blive arbejdet på at tilrettelægge målrettede livsstilskurser samt opsøgende aktiviteter til specifikke, prioriterede målgrupper. Sundhedscentret skal også være sundhedshus, hvor borgere kan hente viden og inspiration om sundhed bredt set.

Sundhedscenter for målgruppen sygedagpengemodtagere

Sundhed og Omsorg og Magistratsafdelingen for Sociale forhold og Beskæftigelse har primo 2007 igangsat samarbejde om etablering af et sundhedscenter målrettet sygedagpengemodtagere.

Baggrunden for samarbejdet er bl.a. et igangværende projekt med Arbejdsmedicinsk klinik, reumatologisk afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus samt en revalideringsinstitution. Et af formålene med projektet er at udvikle samarbejde og metoder mellem hospitalet og den efterfølgende indsats fra kommunens beskæftigelsesforvaltning vedrørende arbejdsmarkedsmæssig rehabilitering og revalidering.

Århus Kommune har udarbejdet minimumsstandarder for opfølgning af (langvarigt) sygefravær for kommunens egne ansatte. Den betyder, at der skal ske opfølgning på ansattes sygemelding senest 3 uger efter første sygedag.

Samtidigt planlægges i 2007 igangsat en særlig indsats "Sund i arbejde" i første omgang for Århus Kommunes egne ansatte, der er sygemeldte. Med denne indsats skal der udvikles metoder som på sigt kan anvendes generelt i indsatsen for målgruppen sygedagpengemodtagere.

Sundhedscentertilbud i samarbejde med oplysningsforbund og patientforeninger

Århus Kommune vil i løbet af 2007 skabe et tættere samarbejde med oplysningsforbund og

patientforeninger om sundhedscentertilbud til andre målgrupper, der omfatter dannelse af netværk, sund kost og jævnlig motion.

Sundhedsklinikker

Århus Kommune har etableret sundhedsklinikker fysisk beliggende ved lokalcentrene. På sundhedsklinikken udføres bl.a. sygeplejeopgaver, hvor borgeren kommer på lokalcentret frem for, at sygeplejersken kommer i hjemmet. Herudover kan borgeren få råd og vejledning om sundhed og sygdom. Etableringen af sundhedsklinikkerne er et led i Sundhed og Omsorgs sundhedspolitik. Når borgeren kommer på lokalcentret har han/hun samtidigt mulighed for at benytte lokalcentrets øvrige tilbud – bl.a. spisning i caféen eller deltagelse i aktiviteter.

Indsatsområde - Social ulighed i sundhed

Hospitaler, almen praksis og kommunerne kan samarbejde om specifikke indsatser rettet mod socialt udsatte og sårbare grupper. De kan endvidere samarbejde om at udvikle og gennemføre socialt differentierede tilbud, der tager højde for forskellige menneskers muligheder for deltagelse heri.

Indsatsområdet kan indeholde to elementer vedrørende socialt ulighed i sundhed. Det ene er et socialt differentieret tilbud rettet mod gravide kvinder og deres familier og det andet rettet mod at begrænse sygefravær.

A: 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 regionens ansvar ved jordemoder og almen praksis, hvor jordemoderen skal danne sig et overblik over den gravides fysiske, psykiske og sociale situation. Efter fødslen, hvor der er etableret kontakt til sundhedsplejen, er det kommunens ansvar at sundhedsplejersken m.fl. følger indsatsen op.

B: Sygefravær og arbejdsfastholdelse

Der kan indgås aftale om en hurtig fælles og koordineret indsats med henblik på afkortning af sygefravær og arbejdsfastholdelse hos erhvervsaktive borgere gennem bedre samarbejde mellem de involverede aktører, eksempelvis kommuner, regionens hospitaler, almen praksis og virksomheder.

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.

Se Århus Kommunes overvejelser ovenfor.

Krav 2. Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Med sundhedsprofilen er der skabt et fælles udgangspunkt (kortlægning) for planlægning og prioritering af de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Der er enighed om at oprette en fælles database, der driftes af Region Midtjylland, som parterne indberetter til, med henblik på vidensdeling og synliggørelse af de forskellige forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Hensigten er at sikre, at der ikke opbygges eller tilbydes parallelle tilbud i både kommune og region. Databasen vil indeholde en kort beskrivelse af tilbuddet, visitationskriterier, de anvendte forebyggelsesmetoder, samt kapacitetsmæssige forudsætninger.

Databasen skal endvidere være med til at sikre, at der skabes sammenhæng mellem de forskellige forebyggelsestilbud i kommunerne, regionen og i praksis.

I forhold til de patient-/borgerforløb, der går på tværs af sektorer, skal der aftales konkrete retningslinjer for samarbejdet for at sikre sammenhæng og kontinuitet. Det omfatter bl.a. indsatsområderne: risikofaktorer og folkesundhed, uddannelse af personer med kroniske lidelser, differentierede tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse, samt sygefravær og arbejdsfastholdelse.

Der kan endeligt indgås aftaler om fælles metodeudvikling/kompetenceudvikling og samdrift af forebyggelsestilbud i forhold til førnævnte indsatsområder samt eventuelt andre områder.

Krav 3. Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

Der vil være regelmæssig dialog om tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats på tværs af kommunerne og regionen indenfor rammerne af den generelle samarbejdsmodel for sundhedsaftalearbejdet.

For at sikre en bredere dialog mellem sektorerne, vil der derudover blive dannet faglige netværk på tværs af regionen for hospitalerne, kommunerne og almen praksis for at sikre forankring af indsatsen, erfarings- og informationsudveksling samt vidensdeling.

Der vil blive nedsat et forum for hver af de 3 søjler.

- Regionalt Forum for Sundhedsfremme, Forebyggelse og Rehabilitering på hospitalerne
- Regionalt Forum for Sundhedsfremme, Forebyggelse og Rehabilitering i almen praksis
- Regionalt/Kommunalt Kontakt Forum

Der afholdes efter behov et årligt fællesmøde/konference med deltagelse af hospitaler, almen praksis og kommuner. Såfremt der er stor interesse for et yderligere samarbejde på tværs af hospitaler, almen praksis og kommuner, kan møder i de enkelte fora konverteres til fællesmøder.

Sekretariatsfunktionen er i regi af Afdelingen for Regionalt Sundhedssamarbejde med Center for

Folkesundhed som sekretariat.

I forhold til de specifikke indsatsområder kan der efter behov aftales en særskilt organisering af dialogen med henblik på at optimere opgavevaretagelsen.

Indsatsområde - Sundhedsprofil for Region Midtjylland – Hvordan Har Du Det ?

Foruden den generelle profil for regionen og kommunerne, rummer det store datamateriale muligheder for analyser af udvalgte emner og områder på tværs af region og kommuner. Emnerne kan være udsprunget af et regionalt behov eller en fælles regional og kommunal interesse. De tværgående analyser og afrapportering af resultater sker i Center for Folkesundhed. Økonomien aftales konkret. Der er nedsat en kommunal følgegruppe udpeget af kommunekontaktrådet.

Indsatsområde - Social ulighed i sundhed

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

For at sikre en løbende dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring, følges området i det regionale fødeplanudvalg samt samarbejdsfora ved de lokale fødesteder.

B: Sygefravær og arbejdsfastholdelse

For at sikre en løbende dialog med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring i relation til sygefravær, bør området følges nøje. Dette kan foregå i de fremtidige beskæftigelsesråd.

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.

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, Statens Institut for Folkesundhed m.fl.

Der vil blive tilbudt en uddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse til kommunerne. Det vil ske i regi af Center for Folkesundhed.

Uddannelsen omfatter sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedspædagogiske metoder, dokumentation og evaluering af folkesundhedsarbejde mv. Formålet med uddannelsen er, at ledere og medarbejdere i kommunerne får den nødvendige viden og kendskab til, hvordan sundhedsfremmende og forebyggende indsatser planlægges, gennemføres, dokumenteres og evalueres, så vidt muligt på et evidensbaseret grundlag.

Indsatsområde - Risikofaktorer og folkesundhed

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

Indsatsområde - Uddannelse af borgere med kroniske lidelser

Regionen har igangsat en kortlægning af patientuddannelserne i regionalt regi for at vurdere omfanget og indholdet.

Derudover arbejdes med at udvikle et evalueringsværktøj til at evaluere patientuddannelserne med. Arbejdet er igangsat i et samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning. Værktøjet skal i første række kunne evaluere de forløb, som igangsættes inden for "Lær at leve med kronisk sygdom", men der arbejdes også med at udarbejde en model med flere moduler, så alle typer af patientuddannelser kan evalueres ved hjælp af værktøjet.

For forløbene "Lær at leve med kronisk sygdom" er målet, at kunne foretage en sammenligning i forhold til andre forløb i kommunen/regionen, men også med forløb på landsplan og forløb i de andre lande, der arbejder med konceptet. Det planlægges, at værktøjet kan stilles til rådighed for alle kommuner i landet via Komiteen for Sundhedsoplysning. Derudover følges litteraturen på området løbende.

I den vestlige del af regionen samarbejdes med kommunerne om oprettelse af et lærings- og mestringscenter, der har lidt de samme mål som "Lær at leve med kronisk sygdom", men bruger en anden metode. I lærings- og mestringscentret samarbejder fagfolk og erfarne patienter, hvor det udelukkende er erfarne patienter, der underviser på "Lær at leve med kronisk sygdom". Det er målet, at de forskellige metoder skal evalueres i forhold til hinanden.

I Århus Kommune arbejdes der med patientskoletilbud for borgere med a) KOL-sygdom, b) hjerte/karsygdom og c) diabetes sygdom. Århus Kommune har afsat midler til evaluering af sundhedscentertilbuddet.

Indsatsområde - Social ulighed i sundhed

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

Der skal sikres en fagligt sammenhængende og velfungerende indsats med henblik på tidlig konstatering af behov, der kan fremme en sund udvikling for barn, mor og familie.

B: Sygefravær og arbejdsfastholdelse

Der foretages en løbende registrering af indsatsen, således der kan foretages efterfølgende evaluering. Der bør sikres en overordnet struktur, der muliggør opsamling og bearbejdning af indkomne data.

Krav 5. Hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

Indsatsområde - Risikofaktorer og folkesundhed

Alle tilbud registreres, beskrives og gøres tilgængelige på internettet.

I Århus Kommune vil Sundhedscenter være borgerportalen på sundhedsområdet. På sigt skal der udvikles en databasefunktion på hjemmesiden.

Indsatsområde - Social ulighed i sundhed

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

Ved kronisk syge gravide følges retningslinier for svangreomsorg.

B: Sygefravær og arbejdsfastholdelse

Alle kommuner og regionen har et særligt fokus på kroniske patienter. Regionen er i færd med at udarbejde en mål- og handleplan for kronikerindsatsen. Her er der blandt andet fokus på styrke patientens egenomsorg og muligheden for at mestre det at leve med en kronisk lidelse. Fra kommunal side er der fokus på sygefravær og arbejdsfastholdelse.

For nogle patientgrupper, fx rygpatienter, vil det være et særligt fokusområde at målrette de patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud, så der er fokus på det at kunne bevare en arbejdsmarkedstilknytning.

Krav 6. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Parterne vil følge op på den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats på tværs af kommunerne og regionen indenfor rammerne af den generelle samarbejdsmodel for sundhedsaftalearbejdet. Der vil herunder blive opstillet relevante indikatorer for de enkelte indsatser, der vil blive fulgt op på en systematisk måde. Efter behov vil der blive iværksat evalueringer af tiltag, der går på tværs af sektorerne. Det sker med henblik på at optimere indsatserne til gavn for patienterne.

Det lokale samarbejde bliver koordineret i styregruppen for sundhedsaftalen.

Se nærmere beskrivelse i sundhedsaftalen om indlæggelse, krav 3.

Vidensdeling sektorernes imellem

For at sikre sammenhæng i det samlede sundhedsvæsens indsats og en høj kvalitet i

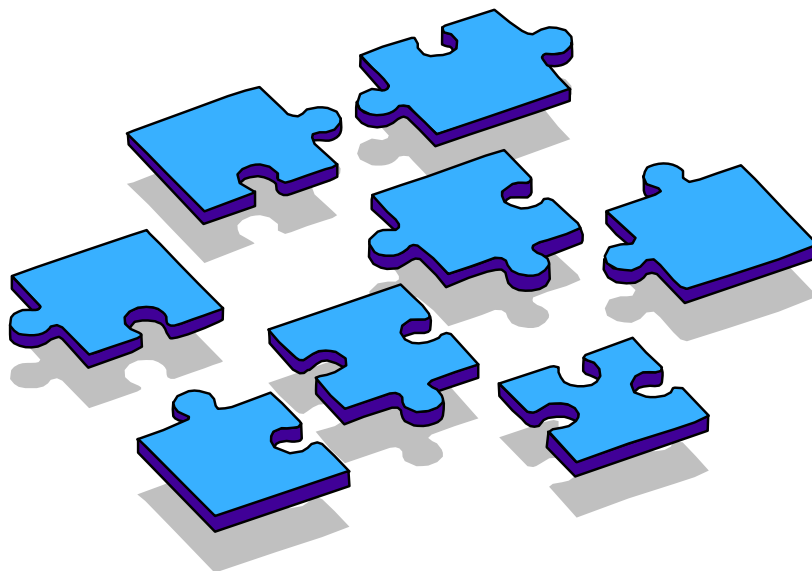
sundhedsydelserne er det nødvendigt, at sundhedspersonalets faglige kompetencer til stadighed forbedres. Det er nødvendigt, at det sker på tværs af sektorer og på visse områder også tværfagligt.

Dette sikres bl.a. ved

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

Udkast til Aftale om

Indsatsen for mennesker med
sindslidelser



Indledning

Forslaget til generel sundhedsaftale vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser omfatter dels en aftaletekst om voksenpsykiatri – dels et forslag til supplerende generel sundhedsaftale om børne- og ungdomspsykiatri.

Aftaleteksten om voksenpsykiatri omfatter også demensområdet

Udover de obligatoriske områder, der skal indgå i sundhedsaftalen vedr. indsatsen for mennesker med sindslidelser, forholder aftaleteksterne sig til områderne ”forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser” og ”samarbejde og dialog om forebyggelse og sundhedsfremme”, som er relevante både for det somatiske og det psykiatriske sundhedsområde.

Udgangspunkt for den generelle sundhedsaftale vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser har været:

- at de foreliggende aftaletekster skal lægge op til en videreførelse af det nuværende tætte samarbejde mellem kommunerne og den amtslige psykiatri
- at de foreliggende aftaletekster skal kunne fungere som bilaterale aftaler evt. med enkelte mindre justeringer
- at udviklingsområder som kommer op i forbindelse med arbejdet med den generelle sundhedsaftale vil blive taget op i forbindelse med arbejdet med en kommende psykiatriplan for Region Midtjylland

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).

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 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

Region Midtjylland viderefører amternes behandlingstilbud efter 1.1. 2007

Behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland er organiseret således at hovedparten af behandlingen af mennesker med en sindslidelse foregår i de almenpsykiatriske afdelinger, distriktskykiatriske 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 gennemføres pr. 1. januar 2007 en mindre tilpasning af de psykiatriske afdelingers optageområder og samtidig dannes 3 psykiatridistrikter i Region Midtjylland. Det tilsigtes, at der gennem fortsat omstilling bliver entydige samarbejdsrelationer mellem kommunerne og distrikt.

På demensområdet fastholdes indtil videre den nuværende organisering af området, hvilket betyder, at demensudredningsenheder både er placeret 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 i forbindelse med en ny samlet psykiatriplan for Region Midtjylland.

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
- Hjælpe midler
- 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 områdecetre, lokalcentre, hjemmeplejen, demensafsnit, demens-koordinatorer/-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.

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 demensudredningsenheder 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 med en kendt sindslidelse, som tillige har et misbrug (dobeltdiagnose-patienter) gælder, at der er delt behandlingsansvar. Behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland har ansvaret for den psykiatriske behandlingsindsats, mens kommunerne fra 1.1. 2007 har ansvaret for behandlingen for alkoholmisbrug og den lægelige behandling for stofmisbrug.

De lokale samarbejdsfora, som etableres mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland i forbindelse med overgangen til ny struktur pr. 1.1. 2007, tager initiativ til at sikre et hensigtsmæssigt samarbejde om målgruppen.

Kommunalreformen indebærer en ny arbejdsdeling i forbindelse med misbrugs- og alkoholbehandling og på det socialpsykiatriske område. Endvidere sker en række ændringer i de psykiatriske afdelingers optageområder bl.a. som følge af kommunesammenlægningerne. Der er enighed om, at der er behov for en samlet beskrivelse af de behandlingsmæssige og sociale tilbud, der henvender sig til mennesker med sindslidelser, der også har et misbrug samt en udredning af eventuelle problemstillinger og handlemuligheder som grundlag for en efterfølgende drøftelse af tilrettelæggelsen af det fremtidige samarbejde. Udredningsarbejdet kan eventuelt gennemføres i forbindelse med arbejdet med psykiatrilanen for Region Midtjylland.

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.

Sikring af 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 hospitalsvæsnet 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 selvmords-dødelighed og en statistisk overdødelighed set i forhold til befolkningen som helhed. Udover følge-virkningerne 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 etableres mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland i forbindelse med overgangen til ny struktur pr. 1.1. 2007.

Der er enighed om, at forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i forhold til mennesker med en sindslidelse herudover vil kunne indgå som fælles tema i arbejdet med en psykiatriplan for Region Midtjylland.

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.

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.

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 mennesker 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 ambulans 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.

Procedurer

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

Kontaktpersoner i kommunen under indlæggelse og i distriktspsykiatrien:

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 distriktspsykiatrien, 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 distriktspsykiatrien/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 gerontopsychiatrisk 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 afdelingens/behandlingsenhedens faste kontaktpersoner.

Indlæggelse:

Straks efter en indlæggelse (senest den førstkommande hverdag) aftaler hospitalet 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 psykiatriske 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 distriktspsykiatrien 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.

Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser (fra indlæggelse og udskrivning).

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 finansierings-system 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.

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 distriktspsykiatrien – 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 behandlingspsykiatri kan medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser ved at være tilgængelig. Det kan være i form af:

- let adgang til distriktspsykiatrien
- 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 døgn-tjenester
- muligheder for at patienter og pårørende kan henvende sig og få råd og vejledning
- psykoedukationstilbud som retter sig både til patienter og pårørende

Kommunernes forebyggende indsats

Kommunerne forpligter sig til, at medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige 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 distriktspsykiatrien - 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 behandlingspsykiatrien har en tydelig og synlig adgang til den kommunale socialpsykiatri
- målrettet opsøgende støttekontaktpersons-funktion
- at orientere behandlingspsykiatrien om kommunens socialpsykiatriske 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 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.

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/distriktspsykiatrien 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.tilbudsportal.dk

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

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.

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 skal fremkomme med forslag til elektronisk 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.

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, er opmærksomme på 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.

Procedurer i Regionen

Region Midtjylland forpligter sig til:

- under graviditet at afklare den gravides og det ufødte barns behov for hjælp og støtte
- at forholdene omkring eventuelle børn altid udredes og væsentlige oplysninger registreres i forbindelse med indlæggelse eller kontakt i distriktspsykiatrien
- 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 kontaktes socialforvaltningen gennem en underretning. (Den skærpede underretningspligt står altid over de almindelige regler om tavshedspligt for sundhedspersoner)
- at kunne tilbyde forældre med sindslidelse og deres børn information om eventuelle muligheder for yderligere hjælp
- at børn er velkomne til at komme på besøg på psykiatrisk afdeling og i døgnhus. 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.

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 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
- yde rådgivning til forældre med sindslidelse og deres børn, som henvender sig om hjælp og evt. tilbyde denne rådgivning 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.

Der har i kommunerne og amterne (evt. i samarbejde med de frivillige organisationer) været gode erfaringer med særlige støttetilbud til både familier med børn og særlige gruppetilbud til børn (evt. etableret i samarbejde med frivillige organisationer). Der har endvidere været gode erfaringer med fælles uddannelse af kommunale og amtslige 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 følge op på samarbejdet vedr. børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse i de nye lokale samarbejdsorganer, som etableres mellem ledelserne i kommunerne og 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 i regionen og Region Midtjylland er enige om løbende at drøfte samarbejdet og eventuelle kapacitetsmæssige problemstillinger indenfor både det kommunale og regionale ansvarsområde i de lokale samarbejdsfora, som etableres mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland i forbindelse med overgangen til ny struktur pr. 1.1. 2007.

Endvidere drøftes samarbejdet og kapacitetsmæssige problemstillinger på regionsniveau i den stående administrative styregruppe vedr. rammeaftalen, som er nedsat mellem kommunerne og Region Midtjylland.

Det er aftalt, at den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen skal sikre en koordination mellem sundhedsaftaler og rammeaftalen på det sociale område.

Krav 7. Hvordan parterne følger op på aftalen.

Kommunerne og Region Midtjylland er enige om løbende at følge op på sundhedsaftalerne i de lokale samarbejdsfora, som etableres mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland i forbindelse med overgangen til ny struktur pr. 1.1. 2007. Endvidere følges op på sundhedsaftalerne i den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen. Det er aftalt, at den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen skal sikre en koordination mellem sundhedsaftaler og rammeaftalen på det sociale område.

Bilag**Oversigt over særlige aftaler og fokusområder i forlængelse af den generelle sundhedsaftale.**

Særlige samarbejdsaftaler	Indhold
<p>Lokale samarbejdsaftaler mellem Region Midtjylland, dist.øst og Århus kommune:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) overordnet psykiatriaftale 2) administrativ aftale 3) aftale om økonomi 4) aftale vedr. udrykningsteam 5) Lægelig konsulentfunktion til sociale tilbud i kommunalt regi 	<p>Der har fra 2003 været indgået særlige samarbejdsaftaler, som ønskes videreført mellem parterne. Aftalerne er rettet til og godkendt lokalt med virkning fra 1. januar 2007.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Den overordnede aftale beskriver opgaveansvar og kompetence- og ressourcefordeling mellem region og kommune. 2) Den administrative aftale beskriver målgrupper, organisation, opgaver, henvisning og visitation, politikker vedr. brugere, pårørende og børn, samarbejdsrelationer mv. i hhv. den kommunale og regionale del. 3) Den økonomiske aftale regulerer de økonomiske forhold mellem region og kommune i forhold til selve driften af de 4 lokalpsykiatriske centre, beliggende i Århus kommune. 4) Aftalen vedr. udrykningsteam er dannet på baggrund af ønske om kunne yde akut hjælp i borgerens hjem i aften- og nattetimerne. Aftalen er indgået i 1999 og ønskes videreført på baggrund af de gode erfaringer hermed. 5) Notatet vedr. betjening af socialpsykiatriske boformer m.m. I notatet defineres hvornår regionen leverer konsulentmæssig bistand, hhv. sundhedsydelse, herunder at der udarbejdes takster for den konsulentmæssige bistand. Der er sat fokus på betjening af kommunale institutioner vedr. forsorgs-, misbrugs og afvænningsområdet, oligofreni samt misbrugsanalyser (sidstnævnte gælder laboratorie-virksomhed). <p>Endelig er der fra kommunens side udtrykt ønske om at få lavet en særskilt og ny aftale vedr. konsulentbetjening fra regionens Team for misbrugspsykiatri til det kommunale tilbud "Sletten". Det er aftalt, at regionen kommer med et udspil til</p>

	<p>dette.</p> <p>De 4 aftaler + notatet er vedlagt som bilag til den konkrete sundhedsaftale.</p>
Særlige fokusområder.	<p>Parterne er enige om, at den udarbejdede sundhedsaftale er dækkende for krav og ønsker til det gensidige samarbejde, men ønsker i den kommende periode at sætte særligt fokus på følgende områder:</p>
Kapacitetsstyring og planlægning	<p>Det er aftalt, at parterne på de kommende møder løbende informerer hinanden om og drøfter de kapacitetsmæssige spørgsmål, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - behov for behandlingskapacitet i regionspsykiatrien - behov for bostøtte, boformer og sociale tilbud. <p>Herefter udmøntes aftalen konkret.</p>
Uhensigtsmæssige indlæggelser og udskrivninger	<p>Der er enighed om, at der skal arbejdes med at mindske uhensigtsmæssige indlæggelser og udskrivninger. Det er aftalt, at der i den kommende periode konkretiseres en række tiltag. Foreløbigt har der været drøftet ét konkret tiltag, nemlig gennemførelse af journal-audit på ptt. i skadestuen/afdelinger.</p>
Shared care - sammenhængen ml. behandlingspsykiatri og behandling hos praktiserende læge	<p>I distrikt øst er der lavet aftale med de praktiserende læger om shared care. Samarbejdet med de praktiserende læger ønskes derudover optimeret i forhold til de borgere/patienter, hvor det udelukkende er kommunen, der yder en støttende indsats.</p>
Børn af sindslidende	<p>Det er aftalt, at hhv. region og kommune vil udarbejde en revideret oversigt over nuværende aftaler/initiativer på området (i sengeafd, lokalpsykiatri, i Psykiatriens Uddannelsesafdeling og kommunen) og at denne oversigt skal danne baggrund for de videre drøftelser mellem parterne om den fremtidige indsats.</p>
Samarbejde mellem sengeafsnit og boformer	<p>Det er aftalt, der laves en beskrivelse af, hvilke forpligtigelser og hvilket samarbejde, der kan forventes at være mellem region og kommune</p>
Samarbejde vedr. misbrugsområdet,	<p>Parterne er enige om, at der er behov for et særligt</p>

herunder misbrugsbehandling	fokus vedr. samarbejde omkring dobbeltdiagnosepatienter. Det er aftalt, at der skal iværksættes et eller flere tiltag på området - konkret er det foreløbigt drøftet at der evt. kan udfærdiges fælles behandlingsplaner
Sundhedsfremme og forebyggelse	Parterne er enige om, at emnet løbende sættes på dagsordenen til de kommende møder mellem region og kommune

Forslag til generel supplerende sundhedsaftale vedrørende børne- og 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 (doppeltdiagnosepatienter).

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.

Forhold inden undersøgelse eller indlæggelse

Henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland

Når der etableres en samlet børne- og ungdomspsykiatri i Region Midtjylland fra 2007 vil de myndigheder, der i dag har henvisningsret i de amter, som danner grundlag for dannelsen af Region Midtjylland, forsat kunne henvise til Børne- og Ungdomspsykiatrien som før 2007. Parterne vil senere drøfte en harmonisering af henvisningsveje til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland. En drøftelse der vil foregå i den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen.

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.

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 sundhedsydelse 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- 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.

Undersøgelser-/behandlingsforløbet

Undersøgelser-/ 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 akuttelefonliste 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.

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 Region Midtjylland indgår en aftale med de tre kommuner der driver hospitalsundervisning, for derved at tilstræbe en ens standard herfor.

Samarbejdet med kommunerne i forbindelse med udskrivning

Varsling af udskrivningstidspunkt / afslutning af ambulante 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.

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.

Udskrivningserklæring/ udtalelse

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

Erklæringen bør indeholde¹:

- 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 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

¹ 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.

om hvilken støtte der skal etableres. Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland vil i forbindelse med samtaler med forældrene informere om denne sammenhæng”.

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

Planlægning og styring af kapacitet

Regeringen og satspuljepartierne har med aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2007-2010 ønsket at udbygge psykiatriske patienters mulighed for hurtigere udredning og behandling. Det vil blive understøttet, dels ved at øge satsmidlerne til området, dels ved at arbejde hen i mod at give patienterne ret til, ved ventetider af en vis længde, at få tilbudt henvisning til en relevant klinik/hospital, som regionerne har en aftale med. Målet hermed er gradvist at reducere ventetiderne til børne- og ungdomspsykiatrien i løbet af perioden i takt med at mulighederne herfor tilvejebringes.

I 2008 indføres en maksimal ventetid for psykiatriske patienter under 19 år i forhold til udredning på 2 måneder, hvorefter der skal tilbydes henvisning til relevant klinik/hospital, som regionerne har en aftale med. 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.

Der er tilsvarende i aftalen mellem regeringen og satspuljepartierne på det sociale område 2007-2010 bl.a. afsat midler til at forbedre den sociale, pædagogiske og psykologiske indsats overfor psykisk syge børn og unge indenfor socialpsykiatrien og til opfølgning efter psykiatrisk behandling med henblik på at forebygge genindlæggelse.

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.

På grund af de lange ventelister og den fortsat stigende efterspørgsel på børne- og ungdomspsykiatriske ydelser er der stor usikkerhed med hensyn til, om det vil være muligt at realisere målsætningerne om at tilbyde udredning og behandling med en maksimal ventetid på 2 måneder indenfor de afsatte satspuljemidler.

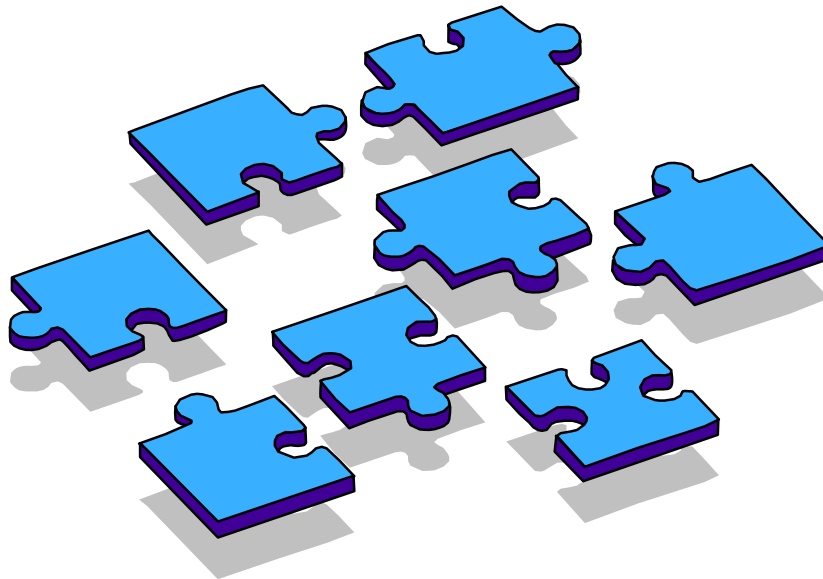
Det er i forbindelse med rammeaftalen på det sociale område aftalt, at nedsætte en arbejdsgruppe, som skal sætte fokus på at sikre en samlet og koordineret indsats mellem kommunerne og Region Midtjylland fra den tidlige indsats til kontakten til børne- og ungepsykiatrien og endeligt den opfølgende indsats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

Sundhedsaftalen drøftes løbende mellem kommunerne og Region Midtjylland i den administrative styregruppe vedr. rammeaftalen. Arbejdsgruppen bag sundhedsaftalen mødes for at følge op på aftalen og udfylde de områder, der yderligere skal arbejdes med. Parterne er enige om, bl.a. at arbejde videre med hvordan man kan forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Evt. nedsættelse af særlige arbejdsgruppe drøftes i den administrative styregruppe vedr. rammeaftaler.

Udkast til Aftale om Økonomi



Udkast til aftale om økonomi

Indledning

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.

Samarbejde på økonomiområdet

Temagruppen om økonomi skal have fokus på den økonomiske del af sundhedsaftalerne, men herudover er det også meningen at denne gruppe skal fungere mere permanent med hensyn til opfølgning på økonomien og udviklingsperspektiver på økonomiområdet.

Opgaven for temagruppen bliver at gennemgå nuværende aftaler, herunder bekendtgørelse og vejledning vedr. kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.

Temagruppen skal herudover beskrive følgende:

- Pengestrømme mellem kommuner og region
- Hvilke oplysninger har kommuner og Region behov for i det løbende samarbejde fx prognoser m.m.
- Hvordan parterne sikres dialog omkring økonomien i forbindelse med den kommunale medfinansiering, udviklingstiltag og samarbejdsprojekter på sundhedsområdet.
- Hvordan parterne følger op på aftalerne

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.

Sekretariatsbetjeningen varetages af afdelingen for sundhedsøkonomi i Region Midtjylland.

Der afholdes som udgangspunkt 3 møder (eller flere) i 2007 i Temagruppen om økonomi:

1. møde afholdes i starten af maj 2007, hvor de foreløbige budgetforslag udveksles.
2. møde i juni 2007, hvor regeringsaftalen mellem kommunerne, regionerne og regeringen foreligger.

3. møde afholdes i august 2007, hvor det endelige budgetforslag kendes og hvor forslag til grundbidrag for 2008 foreligger.

Endvidere afholdes der møder efter behov med fx et bestemt tema, som fx kronikere eller genoptræning.

I Undergruppen til temagruppen om økonomi er der repræsentanter for 5 af kommunerne og repræsentanter for regionen. Indtil videre er det Herning Kommune, Horsens Kommune, Silkeborg Kommune, Skive kommune og Århus Kommune, der repræsenterer kommunerne i undergruppen.

I denne gruppe arbejdes der med mere detaljerede problemstillinger og emner med henblik på forelæggelse for Temagruppen for økonomi.

For at sikre en vis form for koordinering kan den enkelte kommune komme med emner til drøftelse, ønske om konkrete analyser og andre spørgsmål og ønsker til afklaring. Disse rettes til en af de kommunale repræsentanter i undergruppen om økonomi.

Der afholdes fast et møde i undergruppen primo marts hvert år. Herudover afholdes der møder efter behov.

Udover møder i de ovennævnte grupper, kan der afholdes bilaterale møder mellem de enkelte kommuner og regionen, fx med henblik på indgåelse af bilaterale aftaler mellem kommunen og regionen. Det kan fx være projekter, som finansieres med 50 % af regionen og 50 % af kommunen. Disse beskrives særskilt og indskrives i aftalen mellem den enkelte kommune og regionen.

Hvis der er områder eller principper i en bilateral aftale der kan bruges i andre bilaterale aftaler kan disse drøftes i temagruppen for økonomi.

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, dvs. 2007, er dog allerede fastsat i lovgivningen. Bidraget udgør 1.000 kr. pr. indbygger (i 2003 pris- og lønniveau) i alle regioner – svarende til 1.102 kr. pr. indbygger i 2007. 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.

	Antal indb.	Grundbidrag 1.000
Horsens	78.820	-86.856
Herning	83.534	-92.052
Holstebro	56.424	-62.184
Lemvig	22.328	-24.600
Struer	22.591	-24.900
Syddjurs	40.718	-44.868
Norrdjurs	38.312	-42.216
Favrskov	44.565	-49.116
Odder	21.555	-23.748
Randers	92.976	-102.456
Silkeborg	86.162	-94.956
Samsø	4.109	-4.524
Skanderborg	55.049	-60.660
Århus	297.562	-327.912
Ikast-Brande	39.601	-43.644
Ringkøbing-Skjern	57.636	-63.516
Hedensted	44.450	-48.984
Skive	48.119	-53.028
Viborg	90.782	-100.044
I alt	1.225.293	-1.350.264

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets publikation: Kommunal udligning og generelle tilskud 2007 - juni 2006

Beløbet er endeligt for kommunerne og baseret på de befolkningstal der lægges til grund for bloktilskuddet.

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

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.

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 Temagruppen om økonomi.

Styrkelse af dialog, åbenhed og samarbejde mellem kommunerne og Regionen

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 2007 udarbejde kvartalsvise prognoser, som udsendes til kommunerne. I andet halvår 2007 vil disse være månedlige.

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

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

Der skal arbejdes på at udvikle statistikmateriale på området.

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 2008 skal så vidt muligt senest ske på mødet i Temagruppen om økonomi i starten af maj 2007 af hensyn til den gensidige budgetlægning. Orientering om kommende tiltag afgives på møder i Temagruppen om økonomi, 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, særligt i starten, da der er tale om et nyt finansieringssystem.

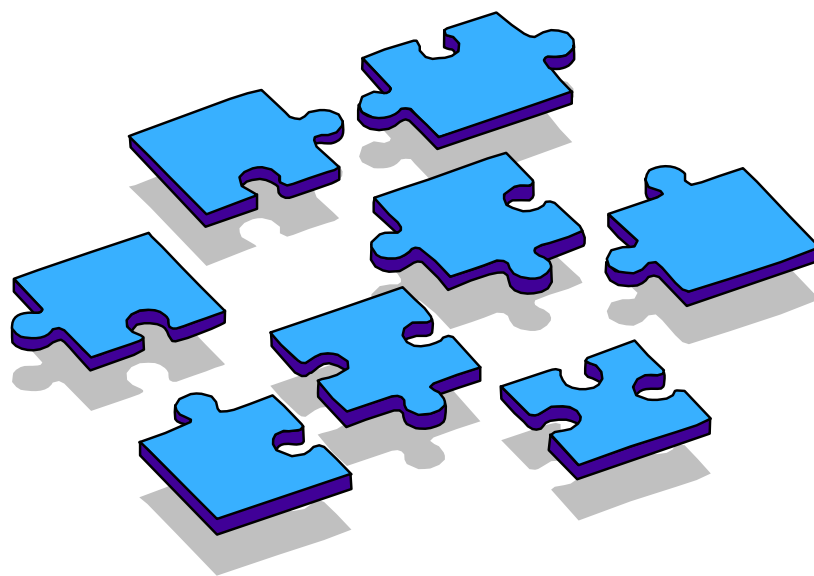
Følgende eksempler kan nævnes: Udviklingen på psykiatriområdet og praksisområdet, regionens takstfinansieringsmodel, nye og ændrede behandlinger på hospitalerne, ændret hospitalsstruktur og etablering/ændring af kommunale sundhedstilbud

Fokusområde	Tidsramme	Beskrivelse	Opfølgning	Ansvarlig
Kronikerområdet	2007 – 2008	Region Midtjylland vil have fokus på kronikergrupperne. Temagruppen om økonomi orienteres om de økonomiske konsekvenser, idet disse ændringer kan have indflydelse på den kommunale medfinansiering og kommunernes direkte udgifter på disse områder	Der vil blive foretaget en undersøgelse af kronikergruppernes økonomiske konsekvenser for den kommunale medfinansiering.	Region Midtjylland
Genoptræning	2007	Området følges (se note)	Der vil blive foretaget en undersøgelse af genoptræningsområdet	Region Midtjylland
Genindlæggelser	2007	Området følges	Der vil blive foretaget en undersøgelse af antallet af genindlæggelse på udvalgte områder	Region Midtjylland
Sammedagsindlæggelser	2007	Området følges	Der vil blive foretaget en undersøgelse af antallet af sammedagsindlæggelser på udvalgte områder	Region Midtjylland
Overførsler mellem hospitalerne	2007	Området følges	Der vil blive foretaget en undersøgelse af omfanget af antal overførsler mellem hospitalerne	Region Midtjylland
Færdigregistrering af patienter	2007	Området følges med henblik på opstilling af mål for 2008	-	Region Midtjylland

Note: Eksempelvis er genoptræningsområdet meget vanskeligt at forudsige. Regionen har nogle forventninger og kommunerne har andre forventninger til omfanget i kommunalt regi og på

*hospitalet. Det kan betyde, at resultatet for 2007 afviger fra det forudsatte.
Endeligt skal pointeres, at virkningerne af den kommunale medfinansiering - og
genoptræningsområdet specielt - følges i forbindelse med struktur reformen.
Undergruppen udarbejder en procesplan for ovennævnte fokusområder.*

Bilagsmateriale



Bilagsmateriale

Bilag til aftale om indlæggelse og udskrivning

Bilag 1:

Definition på anvendte begreber vedr. indlæggelse

Uhensigtsmæssig indlæggelse

En indlæggelse på sygehus, som ikke nødvendiggør anvendelse af de teknologiske faciliteter og det sundhedsfagligt personales kompetencer, som findes på sygehuset, men hvor observation og behandling, sygepleje og/eller træning lige så godt eller bedre kan foregå i hjemmet/plejebolig eller plejehjem ved kommunale og/eller regionale tilbud.

Jf. vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler bør uhensigtsmæssig indlæggelse på sygehus ikke bør finde sted, hvis behandling og pleje lige så godt eller bedre kan foregå i hjemmet eller i andet kommunalt regi, eventuelt i samarbejde med den praktiserende læge. Temagruppen har defineret den type af indlæggelse på ovennævnte måde.

Faste kontaktpersoner (ny definition er under udarbejdelse)

Sundhedsfaglige personer (evt. en læge og en sygeplejerske), der tilknyttes patienten under indlæggelsen, og som er ansvarlig for koordineringen af indlæggelsesforløbet og for information til patienten (indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Strategi for det behandlende sundhedsvæsen – Patienten først*. December 2003).

Det forventes, at patienten vil opleve en bedre, sammenhængende og mere tryk sygehus-indlæggelse, når de kan sætte et kendt ansigt på lægen og sygeplejersken, og når der er en kendt person, de kan henvende sig til.

Åben indlæggelse

Et tilbud til tidligere indlagte patienter, der er i palliativ behandling og pleje i eget hjem, og der i tilfælde af akut behov for sygehusbehandling og/eller tryk hos patient eller pårørende kan genindlægges på en tildelt stamafdeling uden den sædvanlige henvisningsprocedure. (Vejle Amt: *Samarbejde om pleje og omsorg for alvorligt syge og døende på sygehus og i eget hjem i Vejle Amt. Handbog for medarbejdere på sygehusene og i kommunerne samt praktiserende læger*. 1995)

En ”åben indlæggelse” kan sættes i værk af patienten, pårørende eller hjemmeplejen uden mellemkomst af læge/vagtlæge. Indlæggelsen foregår fra patientens hjem til den for patienten

kendte stamafdeling.

Jf. de faglige retningslinier for den palliative indsats (Sundhedsstyrelsen: *Faglige retningslinjer for den Palliative indsats. Omsorg for alvorligt syge og døende.* 1999) er der og vil fortsat være et stort antal patienter, der i deres sidste levetid vil opholde sig på sygehusafdelinger, selvom de egentlig ikke har behov for den behandling eller palliation, som udelukkende kan gives på sygehus. Det indebærer jf. retningslinierne, at den enkelte afdeling etablerer det nødvendige samarbejde med praktiserende læge og/eller hjemmeplejen, herunder aftale om åben indlæggelse, såfremt patienten i perioder ønsker at være hjemme.

Bilag 2:

Definition på anvendte begreber vedr. udskrivelsesforløb

Den svage, ældre patient

'Ældre patienter, der i forbindelse med udskrivning fra sygehus, har behov for tilbud om ydelser fra kommunen' (Sundhedsministeriet: *Rapport om den ældre medicinske patient*, juni 2001)

Den obligatoriske sundhedsaftale om udskrivningsforløb skal ifølge vejledningen om sundhedsaftaler udelukkende omfatte svage, ældre patienter. Heri defineres disse som oven for nævnt.

Den svage, ældre geriatriske patient

Karakteriseret ved almindelig aldersprægning og –svækkelse, flere samtidige sygdomme, heraf akutte som kroniske, funktionstab i bred forstand og sociale hændelser og problematikker som tab af ægtefælle, netværk, funktionsevnetab mm. og betegnes den geriatriske patient'.

Svage ældre er ifølge Sundhedsministeriets rapport om 'Den ældre medicinske patient' defineret som ovenfor nævnt. Det vil ofte være denne type patient, hvor der er særligt behov for samarbejde og koordination mellem kommune, praktiserende læge og sygehus.

Færdigbehandlet patient (Ny definition er i høring)

'En patient er færdigbehandlet i stationær regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling'.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Registreringsvejledning for registrering af færdigbehandlede patienter (Sundhedsstyrelsen: *Registreringsvejledning. Registrering af færdigbehandlede patienter*. Januar 2006) defineres den færdigbehandlet patient som nævnt oven for. Denne definition skal anvendes til brug ved den nye registrering af færdigbehandlede patienter.

Der uddybes følgende i registreringsvejledningen, at 'patienterne kan enten (1) blive udskrevet umiddelbart efter færdigbehandling eller (2) være fortsat indlagte, fordi de venter på en plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende. I det førstnævnte tilfælde skal kommunerne ikke finansiere den obligatoriske plejetakst for færdigbehandlede patienter. Registrering af patienterne som færdig-behandlede er derfor kun nødvendig, hvis patienter ikke udskrives umiddelbart i forbindelse med, at patienten vurderes færdigbehandlet, jf. ovenstående definition'.

Der gøres også opmærksom på i registreringsvejledningen, at 'alt afhængig af den valgte fortolkning vil der kunne være flere definitioner af en færdigbehandlet patient. Det kan bl.a. diskuteres, om en patient, der skal modtage videre behandling i hjemmet fx i form af fysio- og ergoterapeutiske ydelser, kan betegnes som færdigbehandlet.

Faste kontaktpersoner

Dette er defineret under indlæggelse

Rehabilitering

Sundhedsaktiviteter, som indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme med det formål, at patienten, der har risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv (Sundhedssturelsen: *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Juni 2005).

Sundhedsstyrelsens definition har taget udgangspunkt i 'Hvidbog om rehabilitering' og uddyber i publikationen begrebet med følgende bemærkninger: 'Rehabilitering består af en koordineret, sammenhængende, tidsbestemt, vidensbaseret indsats, som har til formål at genoprette og vedligeholde det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau hos patienten og forhindre tilbagefald af sygdom. Rehabilitering er en helhedsorienteret intervention, fx bestående af patientundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte til adfærdsændringer, genoptræning, psykosocial omsorg samt efterbehandling. Rehabiliteringsbegrebet er mere sundhedsfremmende orienteret end det traditionelt sygdoms- og behandlingsfokuserede begreb tertiær forebyggelse. Målgruppen er patienter med en længerevarende sygdom. Aktører er patienter, pårørende og et tværfagligt sundhedsprofessionelt, ofte tværsektorielt, team. Rehabilitering foregår på sygehuse, rehabiliteringscentre, og i primærsektoren – her ofte i tæt samarbejde med professionelle fra bl.a. social-, beskæftigelses- og uddannelsessektoren (evt. i sundhedscentre).

Bilag til aftale om Træningsområdet

Bilag 1:

Genoptræningsplan

1: Modtagerkommune

(Angiv adresseoplysninger)

2: Patient

(Angiv patientens cpr. nr., navn og adresse, telefonnummer og evt. e-mail-adresse)

2A: Praktiske oplysninger:

(Angiv eksempelvis andet sprog end dansk, kørestol, handicaps, anden indkaldelsesadresse, særlige ønsker, ønsket behandlingstid og -sted, kørselsbehov)

3: Kopi af genoptræningsplanen til egen læge

(Angiv egen læges eller vikars ydernummer, navn og adresse)

4: Afsender: Henvisende hospital, hospitalsafdeling og Region

(Angiv hospitalets navn og afdeling, region, lægens titel og navn, adresse og tlf. nr.)

5: Dato for senest kontakt til patient/borger

(Hvornår skal patienten senest kontaktes vedr. genoptræning af kommune/hospital)

6: Kontakt for mere information fra kommunal eller regional myndighed

Kontakt i kommune

(Angiv kontor/afdeling samt adresse)

Kontakt i Region Midtjylland

(Kontor/afdeling samt adresse og telefonnummer)

Region Midtjylland
Patientkontoret
Skottenborg 26
8800 Viborg
☎: 8728 4870

7: Indlæggelsesperiode

(Angiv indlæggelsesperiode)

Ambulant kontrol på hospital – Skriv **JA** eller **NEJ**:

Hvis ja, anføres hvor, hvornår og tidspunkt, ellers eftersendes dato for ambulant kontrol

8: Henvisningsdiagnose og eventuelt sekundærdiagnoser for genoptræningsforløb

9: Supplerende kliniske oplysninger og evt. vedlagt kopi af udvalgte dele af epikrisetekst

Kopi vedlagt: Skriv **JA** eller **NEJ**:

10. Type af genoptræning:

(Sæt kryds og såfremt specialiseret genoptræning angives endvidere årsag)

1. genoptræning
2. specialiseret genoptræning – angiv årsag:
 - Patientsikkerhed
 - Tværfagligt samarbejde
3. egentræning efter instruks fra hospital

11: Funktionsevнемålinger:

(Angiv funktionstest m.m. i tabelform med dato nedenfor)

Dato/ Test												

Eventuelle supplerende oplysninger

12. Funktionsevne før sygdom

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

13: Indsats under indlæggelse

SKS koder og betegnelse:

Eventuelle supplerende oplysninger som operationsbeskrivelse, røntgenbeskrivelse eller oplysninger fra eksempelvis bandagist, neuropsykolog, diætist mm.

Kopi vedlagt - Skriv **JA** eller **NEJ**:

14: Aktuel funktionsevne på udskrivningstidspunktet

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

15: 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.*

16: Hjælpemidler udleveret af hospitalet

(Angiv, hvad der er udleveret, eksempelvis kørestol, rollator, stokke, gangstativ, badebænk, toiletforhøjer, sengeklodser/forhøjer)

17: Supplerende oplysninger

(Her angives eksempelvis lokale sundhedsaftaler, kvalitetsparametre mm.)

18: Underskrift læge - Underskrift terapeut

Denne genoptræningsplan er udarbejdet den: 14-03-2007 15:15

*** Udvalgte parametre til beskrivelse af patientens funktionsevne i henhold til kropsdimension, aktivitet/deltagelse, samt fysiske og sociale omgivelser**

Kropsdimension: Bevægeapparat, kredsløb, tale, syn, hørelse, kontinens, bevidstheds-tilstand, intellektuelle funktioner, 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

Udarbejdet i henhold til MedCom version 8.4.1 – december 2006

Bilag 2:

Skriftlig information om specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Region Midtjylland

Information vedr. specialiseret ambulans genoptræning

Brev udleveres til patient sammen med genoptræningsplan:

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.

Senest 3 hverdage efter, at du har modtaget din genoptræningsplan, vil det hospital, du udskrives fra, kontakte dig for at tilrettelægge din genoptræning. Hospitalet vil orientere dig om, hvilken genoptræning det kan tilbyde dig ud fra din genoptræningsplan og hospitalets serviceniveau.

Genoptræningen er gratis.

Hvis du ønsker at kontakte dit udskrivende hospitals kontaktperson med spørgsmål om din genoptræning, kan du finde det relevante navn og telefonnummer i din genoptræningsplan.

Med venlig hilsen

Dit Regionshospital

Kære "*flettefil*"

Vi kan tilbyde dig en tid til 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 "stopkode".

Med venlig hilsen

"stopkode: stilling + navn"

"stopkode. Afd."

"stopkode: Regionshospitalet xx"

tlf.nr., evt. flere "stopkode"

Bilag

Bilag 3:

Skriftlig information om almindelig ambulans genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Region Midtjylland

Denne information udleveres til borgeren sammen med genoptræningsplanen, hvis det er almen genoptræning (i form af en pjece):

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 individuelle genoptræningsplan, vil du blive kontaktet af din bopælskommune. Din kommune vil orientere dig om, hvilken genoptræning den kan tilbyde dig ud fra din genoptræningsplan og kommunens serviceniveau.

Genoptræningen er gratis.

Frit valg

Der er frit valg på genoptræningsområdet. Det betyder, at du selv kan vælge i hvilken kommune og institution 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 og institution 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.

Befordring eller befordringsgodtgørelse

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

Reglerne er fastsat i lovgivningen. Her står, at kan du selv, så skal du selv sørge for kørsel.

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.

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

Befordring aftales med din bopælskommune.

Bilag

Hvis du vælger et genoptræningssted i en anden kommune, er din bopælskommune alene forpligtet til at yde befordringsgodtgørelse svarende til det, du vil være berettiget til, hvis du havde valgt det genoptræningssted, som bopælskommunen ville henvise dig til.

Klageadgang

Du har mulighed for at klage over de sundhedsfaglige vurderinger og afgørelser, der træffes i forbindelse med vurdering af dit genoptræningsbehov. Det kan f.eks. være i tilfældet af, at lægen vurderer, at du ikke har behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, og du dermed ikke modtager en genoptræningsplan. I de tilfælde skal du klage til Sundheds-væsenets Patientklagenævn

Klager over serviceniveauet; herunder ventetider, organiseringen og omfanget af genoptræningen, sendes til den kommune, der yder genoptræningen.

Klage over befordringen, befordringsgodtgørelsen eller afslag på 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

Bilag til aftale om hjælpemiddelområdet

Bilag 1

Hjælpemiddelområdet er reguleret ved

- Indenrigsministeriets cirkulære nr. 149 af 21. december 2006 om afgrænsningen af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet
- Servicelovens § 112 - § 116 (lov nr. 929 af 5. september 2006), Socialministeriets bekendtgørelse nr. 624 af 15. juni 2006 om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven og Socialministeriets vejledning nr. 52 af 5. marts 1998, kapitel 13, om støtte til boligindretning
- Sundhedslovens kapitel 38 (lov nr. 546 af 24. juni 2005) og Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 469 af 16. juni 2002 om hjemmesygepleje

Kommuners og regionens forpligtelser er dertil afgrænset i en række afgørelser, særligt fra Den sociale Ankestyrelse. Der pågår et arbejde vedrørende revidering af cirkulære nr. 149 af 21. december 2006 (afgrænsningscirkulæret).

Lovgrundlagets begrebsdefinitioner er i hovedtræk følgende:

Behandlingsredskaber

redskaber, som patienten forsynes med som led i eller som fortsættelse af den på sygehuset påbegyndte behandling med det formål enten at tilvejebringe yderligere forbedring af det ved sygehusbehandlingen opnåede resultat eller at forhindre forringelse af dette resultat. Hvis borgeren har fået undervisning i brugen af redskabet på hospitalet eller det benyttes under en vis kontrol fra hospitalet, er der normalt tale om et behandlingsredskab. Et behandlingsredskab kan være til både midlertidigt og varigt brug.

Hjælpemidler

Produkter, der anvendes for at afhjælpe følgerne af en nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne med det formål, at borgeren for mulighed for at føre en så normal og selvstændig tilværelse som muligt og i størst mulige grad er uafhængig af andres bistand i dagligdagen. Et hjælpemiddel kan være til både midlertidigt og varigt brug.

Forbrugsgoder

Produkter, som er fremstillet og forhandles bredt med henblik på sædvanligt forbrug hos befolkningen i almindelighed. Der er i serviceloven fastsat en bagatelgrænse, og der gælder normalt en egenbetaling. Grundlaget for bevilling svarer til grundlaget for bevilling af varige hjælpemidler.

APV (arbejdspladsvurdering)-hjælpemidler

Hjælpemidler, der udelukkende benyttes af hensyn til arbejdsmiljøet for leverandøren af hjemmepleje. Begrebet omfatter derfor ikke hjælpemidler, der primært benyttes som et led i behandlingen af borgeren eller kompenserer for borgerens nedsatte funktionsevne. Et APV-hjælpemiddel kan være til både midlertidigt og varigt brug.

Bilag

Træningsredskaber

hjælpemidler, der benyttes som led i en målrettet træning efter sundhedsloven eller serviceloven. Borgeren har været i kontakt med sygehuset, når der er tale om træning efter sundhedsloven, men normalt ikke når der er tale om træning efter serviceloven. Redskaberne er karakteriseret ved, at de primært bidrager til at øge eller vedligeholde borgerens funktionsevne i modsætning til at behandle eller kompensere for tabt funktionsevne.

Sygeplejeartikler

Almindeligt anvendte plejehjælpemidler, som hjemmesygeplejen skal bruge for at den lægeordnede behandling umiddelbart kan iværksættes.

Boligindretninger / boligændringer

Nødvendige mur- og nagelfaste tilpasninger af borgerens boligenstande med det formål at afhjælpe eller i betydeligt grad formindske de boligbæssige ulemper ved ophold i eget hjem.

**Bilag
Bilag 2.**

Forslag til samarbejdsstruktur

Temagruppen har peget på, at der bør nedsættes to arbejdsgrupper og et samarbejdsforum.

En regional arbejdsgruppe, der skal udrede:

- Transport af hjælpemidler
- Udlån af hjælpemidler til borgere, der er behandlet på et andet sygehus i regionen end borgerens lokale sygehus, private sygehuse eller andre regioners sygehuse

En arbejdsgruppe sammensat af repræsentanter for kommuner og region (sygehus, praksis og sundhedsstab) og med relevant supplering, der skal udrede:

- Samarbejde vedrørende arm- og benproteser, høreapparater og eventuelt håndskinner
- Samarbejde omkring boligindretninger og hjælpemidler generelt og særligt i forhold til Hammel Neurocenter, Paraplegifunktionen i Viborg, Sclerosehospitalet i Ry, Institut for Muskelsvind og hospice-området
- Fælles platform med henblik på en mere effektiv planlægning og styring af kapaciteten i hjælpemiddeldepoterne

Et samarbejdsforum, der skal:

- Tilvejebringe fælles telefonliste, kontaktpersonordning og informationsmateriale
- Opstille fælles indikatorer for, hvordan det måles, om parterne følger op på aftalen
- Behandle / rådgive vedrørende tvist- og tvivlsspørgsmål
- Formulere fælles udviklingsområder, herunder aftalt opgaveglidning

Der nedsættes hertil en arbejdsgruppe, der skal udrede anvendelsen af hjælpemidler på det sociale område og specialrådgivningsområdet.

Regionen og kommunerne opstiller i fællesskab nogle indikatorer for, hvordan det måles, om parterne følger op på aftalen. Området afdækkes eventuelt yderligere i patienttilfredshedsundersøgelser.

Samarbejdsforummet afrapporterer til den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler.

Bilag

Økonomiske konsekvenser af sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og Århus Kommune

Samarbejdsprojekt/ Udgifter	Region Midtjylland	Århus Kommune	I alt
Vagtberedskab	0,96 mio. kr.	0,96 mio. kr.	1,92 mio. kr. i 2007 p/l niveau Århus Sygehus sender en regning en gang årligt på beløbet til Århus Kommune
Fælles skolebænk	Dækker udgifter for eget personale. Kursusudgifter er aftalt til ca. 1000 kr. pr. kursist	Dækker udgifter for eget personale. Kursusudgifter er aftalt til ca. 1000 kr. pr. kursist	
Faldenhed	1,0 mio. kr. helårligt. Projektet løber i perioden maj 2006 – april 2009	1,0 mio. kr. helårligt. Projektet løber i perioden maj 2006 – april 2009	I alt 2,0 mio. kr. i 2006 p/l niveau. Århus Sygehus sender regning til Århus Kommune en gang årligt.
Hospice	7,5 mio. kr. i 2006 p/l niveau i 2007	Kommunen dækker de øvrige driftsudgifter til Hospice Søholm. Disse udgifter svarer nogenlunde til regionens andel	Det skal sikres, at den kommunale medfinansiering ved de ambulante udredningsbesøg i faldenheden fratrækkes det beløb, Århus Kommune skal betale Århus Kommune sender regning til regionen med udgangen af 2007. Det skal sikres, at den kommunale medfinansiering ved hospice modregnes. Århus Kommune er ansvarlig for opgørelse heraf med udgangen af 2007
Posedialyse	Region Midtjylland betaler Århus Kommune 120.000		Der modregnes betaling for de eventuelle dage,

Udkast til sundhedsaftale mellem Århus Kommune og Region Midtjylland

Bilag

	kr. pr. borger i hjemme posedialyse, som modtager hjælp fra kommunens hjemmesygepleje.		borger er hospitalsindlagt. Århus Kommune sender regning én gang årligt.
G3	Region Midtjylland afholder driftsudgifter til G3, fraregnet Århus Kommunes bidrag i perioden 1/1 – 31/8 2007. Region Midtjylland opgør Århus Kommunes bidrag via kommunal medfinansiering i perioden konkret og tilbagebetaler dette beløb til kommunen	Århus Kommune bidrager til betaling af G3 frem til udgangen af august 2007. Århus Kommunes bidrag i perioden udgør 2,065 mio. kr. i 2007 p/l niveau. Den kommunale medfinansiering i perioden refunderes. Herefter bidrager Århus Kommune alene til afdelingens drift via den kommunale medfinansiering	Aftalen om samfinansiering af G3 opsiges med 6 måneders varsel til 1. september 2007. Afdelingen overgår herefter til fuld regional drift.
G4	Frem til og med 31. august 2007 bidrager Region Midtjylland som hidtil til drift af G4. De konkrete udgifter opgøres (incl. bidrag fra G-fælles og køkken), og Region Midtjylland betaler 5/18 af udgiften i 2007 p/l niveau.	Frem til og med 31. august 2007 bidrager Århus Kommune som hidtil til drift af G4. De konkrete udgifter opgøres (incl. bidrag fra G-fælles og køkken), og Århus Kommune betaler 13/18 af udgiften – dog maksimalt 5,9 mio. kir. I 2007 p/l niveau	Omlægninger af afsnittet til kommunal drift varsles snarest muligt. Kommunen overtager drifts- og ledelsesansvar fra og med 1. september 2007.

Telefonliste

Sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og Århus Kommune

Relevante telefonnumre i Sundhed og Omsorg, Århus Kommune

Region NORD Konst. regionschef: Jens Lassen	Århus Kommune Søren Frichsvej 42 K og M, 8230 Åbyhøj Alle lokalcentre har hjemmesider, som kan hentes via Århus Kommunes hjemmeside, www.aarhuskommune.dk , Borger> Pension - Ældre> Lokalcentre plejehjem	Tlf. 89 40 65 84
<u>Lokalcenter Hørgården og Vejlby</u> Områdechef: Hanne Juul-Madsen <u>Hørgården</u>	Hørgårdsvej 17, 8240 Risskov	Tlf. 86 18 65 65 Fax. 86 18 65 66
<u>Vejlby</u>	Vikærtøften 6, 8240 Risskov	Tlf. 87 43 90 00 Fax. 87 43 90 50
<u>Lokalcenter Trøjborg og Abildgården</u> Områdechef: Inge Hedegaard	Kirkegårdsvej 53, 8000 Århus C.	Tlf. 87 36 81 00 Fax. 87 36 81 99
<u>Trøjborg</u>	Skovvangsvej 99, 8200 Århus N.	Tlf. 87 36 85 00 Fax. 87 36 85 52
<u>Lokalcenter Hjortshøj, Sønderskovhus, Skæring og Rosenbakken</u> Områdechef Jonna Majcher	Hjortshøj Stationsvej 40, 8530 Hjortshøj	Tlf. 87 13 89 00
<u>Hjortshøj</u>	Lystrup Centervej 78, 8520 Lystrup	Tlf. 87 43 20 50 Fax. 87 43 20 89
<u>Sønderskovhus</u>	Sommersmindevej 2, Skæring, 8250 Skæring	Tlf. 87 43 23 00 Fax. 87 43 23 99
<u>Skæring</u>	Grenåvej 701, 8541 Skødstrup	Tlf. 87 43 23 00 Fax. 87 43 23 99
<u>Rosenbakken</u>		
<u>Lokalcenter Skelager og Bjørnshøj</u> Områdechef Jette Siggard	Skelagervej 33, 8200 Århus N.	Tlf. 87 40 87 00 Fax. 87 40 87 59
<u>Skelager</u>	Marie Belowsvej 6, 8200 Århus N.	Tlf. 87 40 87 00 Fax. 87 40 87 69
<u>Lisbjergus</u>	Gartnerparken 1-5, 8380 Trige	Tlf. 87 40 87 00 Fax. 87 40 87 69
<u>Bjørnshøj</u>		
<u>Midtbyens lokalcenter</u> Områdechef Anette Poulsen	Grønnegade 10, 8000 Århus C	Tlf. 89 32 82 00 Fax. 89 32 82 82
<u>Lokalcenter Møllestien</u>		

Udkast til sundhedsaftale mellem Århus Kommune og Region Midtjylland

Bilag

<u>Lokalcenter Carl Blochsgade</u>	Carl Blochsgade 30, 8000 Århus C	Tlf. 89 42 90 00 Fax. 89 42 90 49
<u>Lokalcenter Vestervang</u>	Vestervang 16-18, 8000 Århus C	
<u>Lokalcenter Hasle, Gellerup og Toftegården</u> Områdechef Benedicte Forchhammer		Tlf 89 48 31 00
<u>Gellerup</u>	Gudrunsvej 80, 8220 Brabrand	Tlf. 86 25 18 33 Fax. 86 25 08 33
<u>Hasle</u>	Rymarken 118, 8210 Århus V.	Tlf. 86 75 01 66 Fax. 86 75 03 86
<u>Toftegården</u>	Sandkåsvej 1, 8210 Århus V.	Tlf. 86 15 65 66 Fax. 86 15 70 52
<u>Lokalcenter Fuglebakken, Bjerggården og Åbygård</u> Områdechef Hans Jørgen Juul-Madsen		Tlf. 89 37 10 00 Fax. 89 37 10 01
<u>Lokalcenter Bjerggården</u>	Østerøgade 20, 8200 Århus N.	Tlf. 89 37 10 00 Fax. 89 37 10 01
<u>Lokalcenter Fuglebakken</u>	Fuglebakkevej 4A, 8210 Århus V	Tlf. 89 37 10 00 Fax. 89 37 10 01
<u>Lokalcenter Åbygård</u>	Kingosvej 30, 8230 Åbyhøj	Tlf. 87 46 40 50 Fax. 87 46 40 90
<u>Plejhjemmet Caritas</u> Leder: Birgit Mikkelsen	Graham Bellsvej 2, 8200 Århus N.	Tlf. 86 78 51 11 Fax. 86 78 24 08
<u>Hospice Søholm</u> Leder: Anne Marie Mathiesen	Bispevej 70, Stavtrup, 8260 Viby J.	Tlf. 87 33 31 11 Fax. 87 33 33 14
<u>Kløvervangen plejehjem</u> Leder Vibeke Staack	Kløvervangen 31, 8541 Skødstrup	Tlf. 86 99 19 22 Fax. 86 99 02 14
<u>Fortegården plejehjem</u> Leder Arne Bak	Femmøllervej 10, 8240 Risskov	Tlf. 86 17 81 44 Fax. 86 17 07 90
Region Syd Konst. Regionschef Jan Radzewicz	Århus Kommune Søren Frichsvej 42 K, 8230 Åbyhøj Alle lokalcentre har hjemmesider, som kan hentes via Århus Kommunes hjemmeside, www.aarhuskommune.dk , Borger> Pension - Ældre> Lokalcentre plejehjem	Tlf. 89 40 69 84 Fax. 89 40 69 97
<u>Frederiksberg lokalcenter</u> Leder: Hanne Kalhave		
<u>Dalgas</u>	Dalgas Avenue 54, 8000 Århus C	Tlf. 89 41 04 44 Fax. 89 41 04 55
<u>Marselis</u>	Marselis Boulevard 94 A, 8000 Århus C.	Tlf. 87 33 87 50 Fax. 87 33 87 87
<u>Frederiksbjerg&Langenæs Sundheds-og</u>		Tlf. 89 31 40 00

Udkast til sundhedsaftale mellem Århus Kommune og Region Midtjylland

Bilag <u>kulturcenter</u>	Ankersgade 21, 8100 Århus C.	Fax. 89 31 40 30
<u>Lokalcenter Vest</u> Områdechef Mads Gammelmark	Mosealléen 1-3, 8381 Tilst	Tlf. 87 45 30 00 Fax. 87 45 30 99
<u>Lokalcenter Havkær</u>	Mosealléen 1-3, 8381 Tilst	
<u>Lokalcenter Sabro</u>	Sabro Kirkevej 151, 8471 Sabro	
<u>Lokalcenter Brabrand</u>	Voldbækvej 92, 8220 Brabrand	Tlf. 87 47 84 00 Fax. 87 47 84 17
<u>Lokalcenter Næshøj</u>	Næshøjvej 41, 8462 Harlev J.	Tlf. 86 94 22 00 Fax. 86 94 24 38
<u>Lokalcenter Skåde og Holme</u> Områdechef: Birgitta Sloth Christensen		Tlf. 87 36 90 00
<u>Skåde</u>	Bushøjvænget 113, 8270 Højbjerg	Tlf. 87 36 17 55 Fax. 87 36 17 78
<u>Holme</u>	Nygårdsvej 34, 8270 Højbjerg	Tlf. 87 36 90 00 Fax. 86 27 83 44
<u>Lokalcenter Syd</u> Leder: Bente Wenborg		Tlf. 89 38 89 38
<u>Tranbjerg</u>	Torrevænget 3A, 8310 Tranbjerg J.	Tlf. 89 38 89 38 Fax. 89 38 89 40
<u>Elmevang</u>	Elmevangsvej 2, 8355 Solbjerg	Tlf. 89 38 89 38 Fax. 86 92 09 07
<u>Eskegården</u>	Byagervej 115, 8330 Beder	Tlf. 86 76 29 00 Fax. 86 76 29 38
<u>Kildevang</u>	Langballevej 3, 8320 Mårslet	Tlf. 86 76 29 70 Fax. 86 76 29 98
<u>Lokalcenter Søholm, Koltgården, Bøgeskovhus</u> Områdechef: Peter Kaas <u>Lokalcenter Søholm</u>		
	Bispevej 70, Stavtrup, 8260 Viby J.	Tlf. 87 33 31 00 Fax. 87 33 31 10
<u>Koltgården</u>	Kunnerupvej 196, 8361 Hasselager	Tlf. 87 33 31 00 Fax. 86 28 55 41
<u>Bøgeskovhus</u>	Skovlundgårdsvej 51, 8260 Viby J.	Tlf. 87 33 31 00 Fax. 86 28 42 7x
<u>Lokalcenter Viby og Rosenvang</u> Områdechef: Vakant		Tlf. 89 38 20 00
<u>Viby</u>	Kongsgårdsvej 6, 8260 Viby J.	Tlf. 89 38 20 00 Fax. 86 14 01 26
<u>Rosenvang</u>	Vidtskuevej 4, 8260 Viby J.	Tlf. 86 75 47 70 Fax. 86 75 47 97
<u>Sct. Olaf plejehjem</u> Leder Steen B. Olesen <u>Kursus og rekreationscentre Saxild Strand Hou</u>	Hjulbjergvej 58, 8270 Højbjerg	Tlf. 86 27 31 22 Fax. 86 27 34 77

Bilag

og Skæring

Leder: Vibeke Kragh Sørensen

C. Petersens Vej 1, 8300 Odder

86 55 81 11

Sundhedscenter Århus

Leder: Karen Bjerre

Jægergårdsgade 97, 8000 Århus C

Tlf. 87 13 40 35

Visitatorer

Mellem kl. 8.00 – 9.00

På hverdage

Kontakt til visitatorerne på lokalcentre
(lokalcentrenes telefonnumre)

Mellem kl. 9.00 – 15.00

På hverdage

Visitationskontor NORD

Afdelingsleder Tove Norre

89 40 97 01

89 40 97 18

Visitationskontor MIDT

Afdelingsleder Tina Fendinge

89 40 97 02

89 40 97 25

Visitationskontor SYD

Afdelingsleder Elisabeth Meltvedt

89 40 97 03

89 40 97 06

Bilag

Vagtberedskabet

**Vagtberedskabet administreres af Afløserkontoret på Århus Sygehus – Nørrebrogade.
Afløserkontoret fungerer på døgnbasis.**

Afløserkontoret, Århus Sygehus – Nørrebrogade
Direkte tlf.nr. 89 49 37 50

Eventuel dispensation for afvigelse af de førnævnte kriterier for tildeling af fast vagt gives i samråd med oversygeplejerske Kirsten Rahbek, geriatrisk afdeling tlf. 89 49 19 32 og konsulent Hanne Linnemann, Sundhed og Omsorg, Århus Kommune tlf. 89 40 40 09.

Praksiskonsulenter

For Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg

Praktiserende læge, Hans Jørgen Andersen, Park Allé 2, 8000 Århus C.

For Magistratsafdelingen for Sociale forhold og Beskæftigelse

Praktiserende læge John Nelson, Byvej 30, 8330 Beder

Genoptræning – kontaktpersonordning

I Århus Kommune varetages kontaktpersonordningen af Århus Kommune, Sundhed og Omsorg, Søren Frichsvej 36m, 8230 Åbyhøj Att. Visitationen

Tlf.

Område Nord 89 40 97 01

Område Midt 89 40 97 02

Område Syd 89 40 97 03

Træffetid er mellem kl. 9.00 – 15.00

Genoptræningsplaner sendes til ovenstående adresse.

Bilag

Århus Universitetshospital og de omkringliggende hospitaler

Der henvises til Region Midtjyllands hjemmeside: www.rm.dk – eller www.sundhed.dk

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Hjemmeside www.auh.dk (hvor der er oversigt over de enkelte afdelinger)

Sygehusledelse

Sygehusdirektør Ole Thomsen, cheflæge Anne Thomassen og chefsygeplejerske Kirsten Bruun

Nørrebrogade 44, 8000 Århus C.
Tage Hansens gade 2, 8000 Århus C.
P.P. Ørumsgade 11, 8000 Århus C.
Randlev Vej 2, 8300 Odder
Sygehusvej 26, 8305 Samsø

Tlf. 89 49 33 33
Fax. 89 49 33 44

Århus Universitetshospital, Skejby

Hjemmeside www.auh.dk (hvor der er oversigt over de enkelte afdelinger)

Sygehusledelse

Sygehusdirektør Villy Helleskov, cheflæge Kristar Skajaa og chefsygeplejerske Vibeke Krøll

Brendstrupgårdsvej, 8200 Århus N.

Tlf.: 89 49 55 66
Fax: 89 49 60 01

Regionshospitalet i Randers

Hjemmeside www.Randers-centralsygehus.dk

Sygehusledelse

Sygehusdirektør Gert Sørensen, cheflæge Morten Noreng og chefsygeplejerske Karin Valbæk

Skovlyvej 2, 8900 Randers

Tlf.: 89 10 20 00
Fax: 86 40 28 11

Regionshospitalet i Grenaa

Sygehusvej 6, 8500 Grenaa

Tlf. 89 58 58 58
Fax. 86 32 28 99

Regionshospitalet i Silkeborg

Hjemmeside www.centraalsygehus.dk

Sygehusledelse

Sygehusdirektør Lisbeth H. Jessen, cheflæge Christian Møller-Nielsen og chefsygeplejerske Anne Just

Falkevej 2, 8600 Silkeborg

Tlf.: 87 22 21 00

Hammel Neurocenter

Voldbyvej 15, 8450 Hammel

Tlf. 87 62 33 00
Fax. 87 62 33 09

Børne-og ungdomspsykiatrisk Hospital:

Hjemmeside www.AUH.dk/BUH

Ledelse

Hospitalschef Sven Hagen Madsen, ledende overlæge Jens Buchhave og sygeplejefachchef Jette Ravn

Harald Selmersvej 66, 8240 Risskov

Tlf.: 77 89 40 00
Fax: 77 89 41 99

Psykiatrisk Hospital

Hjemmeside: www.psykiatri.aaa.dk

Ledelse

Amtspsykiatrichef Villads Villadsen, cheflæge Per Jørgensen og chefsygeplejerske Inger Lise Vad

Skovagervej 2, 8240 Risskov

Tlf.: 77 89 20 00
Fax: 77 89 37 49

Bilag til udkast til aftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Bilag

Overordnet Psykiatraftale mellem Århus Kommune og Regionspsykiatrien, Distrikt Øst.

1. Formål med psykiatraftalen.

Psykiatraftalen beskriver opgaveansvar og kompetence- og ressourcefordeling mellem Århus Kommune og Region Midtjylland, Regionspsykiatriens Distrikt Øst i forhold til den socialpsykiatriske målgruppe.

Borgeren skal sikres den bedst mulige psykiatriske behandling på den mindst indgribende måde og med bedring af den enkeltes livskvalitet som mål.

Der skal derfor tilrettelægges en helhedsindsats i borgerens lokalmiljø, byggende på en koordineret tværfaglig indsats og hvilende på en høj faglig viden. Det skal sikres, at der er kontinuitet i behandlingen/indsatsen.

Samarbejdet i distriktet skal sikre, at borgerens synspunkter inddrages i beslutningsprocessen.

Det er lokalpsykiatriens opgave:

- at skabe en koordineret indsats omkring den enkelte
- at sikre at områdets sindslidende (jvf. målgruppen) tilgodeses med forskellige behandlings-
tilbud og sociale tilbud
- at sikre en hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne

2. Hvilken målgruppe samarbejdes der om i forhold til lokalpsykiatrien.

Lokalpsykiatriens målgrupper er:

Den socialpsykiatriske målgruppe (også kaldet fællesgruppen), d.v.s. borgere, der har behov for særlige sociale ydelser ved siden af den psykiatriske behandling.

Den almenpsykiatriske målgruppe, d.v.s. borgere, der har behov for psykiatrisk behandling, men ikke for andre socialpsykiatriske ydelser.

Den sidste gruppe er den kommunale målgruppe, og består af den del af brugerne i fællesgruppen, som alene får en social indsats fordi de ikke vil have en psykiatrisk behandlingsmæssig indsats. Sidstnævnte er forankret i primærsektoren.

3. Organisering og samarbejdsstruktur.

På baggrund af servicelovens opgave-, ansvars- og kompetencefordeling aftales den samlede indsats omkring sindslidende borgere i fællesskab.

Der er nedsat en koordinationsgruppe for psykiatri, som er sammensat af hhv. regionale og kommunale ledere. Koordinationsgruppen følger arbejdet i de lokalpsykiatriske centre og tager stilling til principielle spørgsmål, udvikling og ressourcer.

4. Henvisning til lokalpsykiatrien.

Udkast til sundhedsaftale mellem Århus Kommune og Region Midtjylland

Bilag

Henviſning til lokalpsykiatrien kan ske via patienten selv, pårørende, fra Psykiatrisk Hospital, sociale institutioner, praktiserende læger og speciallæger, kommunale forvaltninger og andre offentlige myndigheder.

5. Bevillingskompetence og økonomi.

Det er "Rammeaftalen 2007", der danner ramme for økonomien imellem Region og kommuner.

Århus Kommune har bevillingskompetencen i forhold til visitationer til socialpsykiatriske tilbud.

Lokalpsykiatraftalen indebærer, at parterne er forpligtiget til at orientere om ændringer eller nye tiltag, som har betydning for kommunens og Regionens tilbud og dermed indholdet i denne aftale. Ændres forudsætningerne for de indgåede aftaler, forpligter de enkelte parter sig til at orientere hinanden om dette.

Nærværende aftale afløser den hidtidigt gældende lokalpsykiatraftale mellem Århus Amt og Århus Kommune. Aftalen revideres efter behov.

Underskrevet d. . februar 2007

**For Århus Kommune
Regionspsykiatrien, Distrikt Øst**

For

Leif Gjørtz Christensen, socialchef
distriktschef

Villads Villadsen,

Bilag

Socialforvaltningen, Århus Kommune

Regionspsykiatrien, Region Midtjylland, Distrikt Øst

LOKALPSYKIATRI I ÅRHUS

Administrativ aftale

7. februar 2007

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund
2. Målsætning
3. Målgruppe
 - 3.1 De 2 målgrupper
 - 3.2 Almengruppen
 - 3.3 Fællesgruppen
 - 3.4 Kommunal målgruppe
 - 3.5 Aldersafgrænsning
4. Organisation
 - 4.1 De 4 lokalpsykiatriske centre
 - 4.2 Medarbejderne
 - 4.3 Daglig ledelse
 - 4.4 Overordnet ledelse
 - 4.5 Koordinationsgruppen for psykiatri
 - 4.6 Åbningstider
 - 4.7 Hjemmebehandling
 - 4.8 Den regionale socialpsykiatri
 - 4.9 Den kommunale socialpsykiatri
 - 4.10 Fællessekretariat
5. Opgaver
 - 5.1 Udredning og visitation af nye og tidligere patienter/brugere
 - 5.2 Planlægning og koordinering af de regionale og kommunale behandlings- og støttetilbud sammen med brugeren
 - 5.3 Ambulant psykiatrisk behandling
 - 5.4 Hjemmebehandling
 - 5.5 Rådgivning og vejledning og sagsbehandling i forhold til socialområdet
 - 5.6 Socialpsykiatrisk bostøtte i eget hjem og kommunale bofællesskaber
 - 5.7 Bistand ved akutte henvendelser i forbindelse med psykisk sygdom
 - 5.8 Rådgivning og vejledning i forhold til pårørende, praktiserende læger samt kommunale og regionale tilbud og frivillige organisationer, der varetager opgaver i forhold til psykiatriens målgrupper.
 - 5.9 Udvikling af indsatsen
6. Henvisning og visitation
7. Brugere og pårørende
 - 7.1 Brugerpolitik
 - 7.2 Pårørendepolitik
 - 7.3 Børn af sindslidende
8. Samarbejdsaftaler
 - 8.1 Samarbejdet med de praktiserende læger
 - 8.2 Samarbejdet med Klinik for unge med skizofreni
 - 8.3 Samarbejdet med det øvrige Socialcenter
 - 8.4 Samarbejdet med Beskæftigelsesforvaltningen
 - 8.5 Samarbejdet med lokalcentrene
 - 8.6 Samarbejdet med Center for Misbrugsbehandling
 - 8.7 Samarbejdet med Center for alkohol

9. Mødefora med bruger- og pårørendeorganisationer
10. Sikkerhedsorganisation og Med-udvalg

1. Baggrund

Lokalpsykiatrien i Århus er etableret i perioden 1993-1995 på baggrund af en aftale mellem Århus Kommune og Århus Amt fra 1991 om at etablere en lokalpsykiatrienhed i hver af de 4 social-distrikter. Lokalpsykiatrien blev etableret som en samorganisering, hvor kommune og amt hver leverer deres ekspertise. Dette samarbejde videreføres med denne aftale efter strukturreformens ikrafttræden pr.1.1.2007.

Fra regionen ydes psykiatrisk behandling samt socialfaglig bistand vedr. de regionale social-psykiatriske tilbud. Kommunen yder social sagsbehandling samt særlig social støtte og omsorg endvidere varetager kommunen indsatsen i kommunale socialpsykiatriske boformer, aktivitets- og samværstilbud og tilbyder kompenserende specialundervisning for sindslidende. Med samarbejds-aftalen forpligtede region og kommune gensidigt hinanden til at give områdets sindslidende det relevante tilbud.

Nærværende aftale ajourfører det tidligere aftalegrundlag. Aftalen er således den fælles overordnede ramme for de 4 lokalpsykiatriske centre i Århus.

2. Målsætning

De lokalpsykiatriske centre skal arbejde ud fra følgende målsætninger:

Behandling og støtte skal, når det er muligt og hensigtsmæssigt, foregå i den sindslidendes eget miljø.

- Behandling og støtte skal være let tilgængelig, fleksibel og differentieret.
- Indsatsen skal tage udgangspunkt i den sindslidendes aktuelle behov og ønsker og understøtte selvstændighed og ansvar for eget liv.

Indsatsen skal løbende vurderes og tilrettelægges sammen med brugeren og evt. dennes pårørende.

- Indsatsen skal i videst muligt omfang koordineres mellem de amtslige behandlere og de regionale og kommunale socialpsykiatriske medarbejdere med henblik på at opnå sammenhæng og helhed i indsatsen.

3. Målgruppe

3.1 Målgrupperne i lokalpsykiatrien

- Den almenpsykiatriske målgruppe er patienter, der har behov for psykiatrisk behandling, men ikke for andre sociale ydelser end dem, det normale sociale system kan yde
- Den socialpsykiatriske målgruppe (også kaldet fællesgruppen) er patienter/brugere, der har behov for psykiatrisk behandling og behov for særlige sociale ydelser.

Herudover er der en tredje målgruppe som er den kommunale målgruppe, den modtager kun sociale ydelser eller sociale ydelser og evt. anden behandling end den der ydes i lokalpsykiatrien jf nedenfor afsnit 3.4.

Lokalpsykiatrisk centers målgruppe er således de svært psykisk syge. Det vil først og fremmest sige personer med skizofreni og andre psykoser, alvorlige affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Ofte er der også tale om misbrugsproblemer.

Psykiatriens målgruppe omfatter også personer med svære spiseforstyrrelser, alvorlige angst- og tvangstilstande og organiske psykiske lidelser - primært demens - samt psykisk udviklingshæmmede med sindslidelser.

Det er den psykiske tilstands sværhedsgrad - ikke kun diagnosen - der i praksis er afgørende for målgruppeafgrænsningen. Personer med lettere psykiske lidelser henvises til behandling hos praktiserende læge og til praktiserende psykiater, eller med egen betaling til psykolog.

3.2 Almengruppen

Almengruppen er patienter, der alene får en indsats fra den regionale del.

3.3 Fællesgruppen

I fællesgruppen er hovedreglen at der både er en psykiatrisk behandlingsmæssig indsats og en social indsats fra lokalpsykiatrien.

3.4 Kommunal målgruppe

Der er brugere i fællesgruppen, der alene får indsats fra de kommunale medarbejdere. Det er f.eks. tilfældet, hvor der er et klart behov for en særlig social indsats. Det kan også være brugere, der er psykiatriens mål-gruppe, men ikke den regionale del af lokalpsykiatrisk centers målgruppe, f.eks. brugere, der får psykiatrisk behandling i specialklinikkerne, f.eks. klinik for Unge med skizofreni og Center for Spiseforstyrrelser, og hvor der samtidig er funktionsnedsættelse, der berettiger til en særlig social indsats, som regel bostøtte. Det kan også være brugere der får behandling ved deres praktiserende læge.

3.5 Aldersafgrænsning

I lokalpsykiatrisk center er den kommunale målgruppe fra 18 år til folkepensionsalderen.

Den amtslige målgruppe er de 21-69-årige. Den gerontopsykiatriske målgruppe afgrænses dog på baggrund af både alder og diagnose, f.eks. vil patienter med demenssygdomme fra det 65. år blive behandlet på Gerontopsykiatrisk Afdeling.

De 18-21-årige varetages af børne- og ungdomspsykiatrien.

Den regionale socialpsykiatriske målgruppe er de over 18-årige. Den kommunale socialpsykiatriske målgruppe er ligeledes de over 18-årige.

Ovenstående aldersgrænser på børn og ungdomspsykiatriens område er forskellige i forskellige dele af regionen og der pågår drøftelser om en ensretning heraf.

4. Organisation

4.1 De 4 lokalpsykiatriske centre

Der er 4 lokalpsykiatriske centre i Århus, som hver dækker et af Århus Kommunes 4 socialdistrikter: Syd, Vest, Centrum og Nord. Lokalpsykiatri Nords regionale del dækker desuden også Favrskov Kommune.

Der arbejdes med en teamstruktur/funktionsopdeling med 1 hjemmebehandlingsteam, 1 almenteam og 2 fællesteams. Herudover er der et fællessekretariat, ligesom der vil være tilknyttet psykiatrirådgivere.

De lokalpsykiatriske centre ledes og drives som fælles regionale/kommunale centre med samordnet ledelse, fælles fysiske rammer, fælles sekretariat, fælles sagsgange og programmer for behandling og støtte samt aftaler om fælles efteruddannelse og supervision.

De lokalpsykiatriske centre arbejder tæt sammen med de sengeafsnit, som er knyttet dertil. Dette samarbejde betyder, at der kan sikres en helhedsorienteret og kontinuitiv indsats over for patienten, uanset om patienten er i ambulans behandling eller er indlagt.

Strukturen i det lokalpsykiatriske center fastlægges under hensyntagen til optageområdets størrelse og antallet af medarbejdere. Såfremt optageområdets størrelse giver anledning til yderligere organisatorisk opdeling, skal denne opdeling ske på grundlag af distriktsprincippet med henblik på størst mulig overensstemmelse med optageområderne for de psykiatriske sengeafsnit og de regionale og kommunale socialpsykiatriske tilbud.

4.2 Medarbejderne

De kommunale medarbejdere omfatter primært følgende stillingskategorier: Socialrådgivere, socialpædagoger, plejere, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, sygeplejersker og assistenter. De kommunale medarbejdere refererer såvel fagligt som personalemæssigt til den kommunale lokalpsykiatriske ledelse.

De regionale medarbejdere omfatter typisk følgende personalekategorier: Læger, sygeplejersker, psykologer, social- og sundhedsassistenter samt lægesekretærer. Herudover kan enkelte andre faggrupper være repræsenteret - plejere, fysio- og ergoterapeuter. Disse medarbejdere refererer såvel fagligt som personalemæssigt til den regionale lokalpsykiatriske ledelse.

4.3 Daglig ledelse

Den daglige ledelse af regionsdelen varetages af en overlæge og en ledende sygeplejerske.

Der er tale om en sideordnet ledelse, men med faglig opdeling.

Den daglige ledelse af kommunedelen varetages af en eller to sideordnede afdelingsledere.

Ledelsesgruppen forestår ledelsen af hvert deres ansvarsområde i et aftalt samarbejde, dog således at overlægen og den ledende sygeplejerske varetager ledelsen af de regionale medarbejdere, og de 1-2 afdelingsledere varetager ledelsen af de kommunale medarbejdere.

De 2 afdelingsledere er sideordnede og leder hver deres fællesteam.

De daglige fælles ledelsesopgaver består i økonomistyring, lokaleforhold, anskaffelser, sikkerhed, telefon og mødeafholdelse og ledelse af fællessekretariatet.

Formelt er der ikke direkte ledelsesopgaver på tværs af region og kommune, men det kan på nogle områder være hensigtsmæssigt at aftale fælles personaleforhold, f.eks. pauser, kaffekasse, alkohol- og rygepolitik. Der er desuden behov for fælles holdning og værdier vedr. samarbejdet. Det er også en fælles ledelsesopgave at udvikle og vedligeholde en samarbejdskultur og et fælles etik-grundlag. Der bør være indbyrdes aftaler om i hvilke situationer og i hvilket omfang en af lederne kan repræsentere den samlede daglige ledelse af lokalpsykiatrien.

4.4 Overordnet ledelse

Den overordnede ledelse udøves af Regionspsykiatrien, Region Midtjylland, Distriktchefen i distrikt øst og Socialchefen i Århus kommune. I det lokalpsykiatriske center varetages ledelsen i et samarbejde mellem Afdelingsledelsen og socialcentercheferne. Social-forvaltningens decentrale del består af 4 distriktsbaserede familiecentre, hvortil den kommunale del af lokalpsykiatrien hører, og 4 driftsområder.

4.5 Koordinationsgruppen for psykiatri

Koordinationsgruppen er sammensat af regionale og kommunale ledere med relation til de lokalpsykiatriske centre. Koordinationsgruppen følger arbejdet i de lokalpsykiatriske centre og tager stilling til principielle spørgsmål, udvikling og ressourcer. Koordinationsgruppen holder kvartalsvise møder.

4.6 Åbningstider

Lokalpsykiatrisk centers åbningstid er mandag - torsdag kl. 8.00 - 15.30 fredag kl. 8.00 - 15.00. De kommunale bostøttemedarbejdere har arbejdstid inden for tidsrummet 8-22 alle ugens dage.

4.7 Hjemmebehandling

Der er hjemmebehandling i hver af de 4 lokalpsykiatriske centre i Århus, som kan varetage udredning og behandling, støtte og vejledning gennem en afgrænset intensiv indsats i patientens hjem - ved sygdomsforværring eller i forlængelse af udskrivning fra psykiatrisk afdeling.

Hjemmebehandling tilrettelægges i et samarbejde med patienten, patientens evt. faste behandlere og støttepersoner i lokalpsykiatrisk center, evt. pårørende og støttepersoner, f.eks. fra hjemmeplejen. Hjemmebehandlingsteamet er et rent regionalt team og består af erfarne psykiatrimedarbejdere.

4.8 De socialpsykiatriske tilbud i Århus Kommune og Region Midtjylland

Samarbejdet reguleres i den indgåede Rammeaftale mellem kommunen og regionen.

Området dækker udredning, rehabiliterings- og støtteopgaver i form af

- støtte og behandling i eget hjem og i boformer
- støtte, pleje og omsorg af personer med gerontopsykiatriske lidelser i boformer
- trænings-, aktivitets- og arbejdstilbud
- kompenserende specialundervisning.

4.9 Fællessekretariat

Det fælles sekretariat omfatter kommunalt og regionalt ansatte sekretærer. Disse har hver deres faste opgaver i den kommunale eller den regionale del af lokalpsykiatrien, men samarbejder herudover om varetagelse af fælles funktioner bl.a. pasning af telefon, modtagelse af patienter/brugere og arbejds-opgaver ifm. fælles møder, f.eks. socialpsykiatrisk konference. Sekretærene afløser hinanden ved korterevarende sygdom og ferier efter aftale mellem den regionale og den kommunale ledelse.

5. Opgaver

Lokalpsykiatriens arbejdsform betyder, at udredning, visitation, behandling og støtte i stort omfang foregår ambulant.

Følgende funktioner skal i videst muligt omfang foregå med udgangspunkt i det lokalpsykiatriske center:

- Udredning og visitation af nye og tidligere patienter/brugere
- Planlægning og koordinering af de regionale og kommunale behandlings- og støttetilbud sammen med brugeren
- Ambulant psykiatrisk behandling
- Rådgivning og vejledning og sagsbehandling i forhold til socialområdet
- Socialpsykiatrisk bostøtte i eget hjem og kommunale bofællesskaber
- Bistand ved akutte henvendelser i forbindelse med psykisk sygdom
- Rådgivning og vejledning i forhold til pårørende, praktiserende læger samt kommunale og regionale tilbud og frivillige organisationer, der varetager opgaver i forhold til psykiatriens målgrupper
- Udvikling af indsatsen.

5.1 Udredning og visitation af nye og tidligere patienter/brugere

Der er tale om opgaver for såvel den regionale del som den kommunale og for fællesgruppen i et tæt samarbejde. Den regionale udredning består i en diagnostisk afklaring og udredning af psykopatologi. Den sociale udredning består i afklaring af ressourcer, sociale følgevirkninger af sindslidelsen og sociale behov og ønsker.

5.2 Planlægning og koordinering af de regionale og kommunale behandlings- og støttetilbud sammen med brugeren

Ved nye forløb udarbejdes behandlingsplaner og for den kommunale indsats vedkommende handle-planer. Der er ikke noget formelt krav om behandlingsplaner, men det er meget hensigtsmæssigt.

Ifølge Servicelovens § 141 skal brugere, tilhørende lokalpsykiatriens målgruppe, tilbydes udarbejdelse af en handleplan. For fællesgruppen koordineres disse planer i en helhedsplan, der angiver formål, mål, indsats og opfølgning. Når et bostøtteforløb igangsættes, aftales en delhandleplan - en form for samarbejdsaftale med brugeren. Det er afgørende for den samlede indsats over for brugeren, at der er et tæt og kontinuerligt samarbejde mellem de regionale behandlere og de kommunale bostøttemedarbejdere. Dette samarbejde sikres ved interne procedurer.

For såvel den psykiatriske behandling som den sociale indsats skal koordination og samarbejde i forhold til alle relevante parter varetages.

Den regionale del foretager henvisning til specialtilbud inden for den regionale psykiatri.

Den regionale del udfærdiger lægeerklæringer/attester efter gældende aftaler.

5.3 Ambulant psykiatrisk behandling

Den psykiatriske behandling består i medicinsk behandling, støttende samtaler og psykoterapi i såvel gruppe som individuelle forløb samtpsykoedukation.

5.4 Hjemmebehandling

Formålet med hjemmebehandling er at lette overgangen fra hospital til hjem samt at forebygge indlæggelse. Hjemmebehandling er en kortvarig, intensiv, hurtigt indsættende indsats til dårlige patienter. Hjemmebehandling kan have få ugers varighed. Der er mulighed for daglige besøg, herunder i weekends og helligdage, og indsatsen kan sættes ind fra dag til dag.

Hjemmebehandling ydes af regionale behandlere, og der skal være et behandlingsaspekt, men eksisterende støtte- og behandlingsforløb kan bibeholdes.

Hjemmebehandling tilrettelægges i et samarbejde med patienten, patientens evt. pårørende og evt. faste behandlere og støttepersoner i lokalpsykiatrisk center.

Der varetages følgende kerneopgaver:

- Opfølgning på medicinsk behandling samt vurdering af virkning/bivirkning
- Forebygge forværring i tilstanden ved truende tilbagefald
- Afslutte forløb, hvor behandling er iværksat, hvor indlæggelse enten ikke er mulig eller nødvendig
- Genoprette strukturen i dagligdagen for patienter, der på grund af sygdomsforværring midlertidig har svært ved at overskue, hvordan tingene skal hænge sammen.

5.5 Rådgivning og vejledning og sagsbehandling i forhold til socialområdet

Denne indsats varetages primært af den kommunale psykiatrirådgivere, men også af de øvrige kommunale medarbejdere.

Den kommunale psykiatrirådgiver sikre udarbejdelse af indstilling om visitation til socialpsykiatriske botilbud.

Den kommunale psykiatrirådgiver varetager sagsbehandling og rådgivning i forhold til boligforeninger, pårørende og naboer og kan henvise til Den Sociale Boligtildeling.

Den kommunale psykiatrirådgiver skal være opmærksom og undersøgende, og i nødvendigt omfang initiativtagende i forhold til brugerens forsørgelsesgrundlag, boforhold, beskæftigelsesmuligheder og fritidsaktiviteter.

De kommunale psykiatrirådgiver er vidensansvarlige i forhold til lovstof, den organisatoriske opbygning inden for psykiatrien og socialområdet og ajour med tilgrænsende områder som voksen-handicap, misbrug og udstødte.

Den kommunale psykiatrirådgiver er som myndighedsudøver jf Bestiller-Udfører-Modellen ledelsesmæssigt knyttet til socialcentret og har afdelingslederen i Specialrådgivningen som sin nærmeste overordnede.

5.6 Socialpsykiatrisk bostøtte i eget hjem og kommunale bofællesskaber

Bostøtteindsatsen består i at understøtte brugerens ressourcer og mindske følgevirkninger af sindslidelsen, og der gives støtte til mestring af symptomer. Der arbejdes med udvikling og vedligeholdelse af sociale handlekompetencer, sociale netværk. Brugeren støttes til social inklusion og personlig integritet.

5.7 Bistand ved akutte henvendelser i forbindelse med psykisk sygdom

De lokalpsykiatriske centre skal være let tilgængelige og i videst muligt omfang varetage alle udrednings- behandlings- og støtteopgaver i forhold til lokalpsykiatriens målgruppe inden for centrenes almindelige åbningstid. Uden for åbningstiden kan sindslidende, der har behov for akut hjælp, omsorg og vejledning kontakte Lokalpsykiatriens Udrykningsteam. Ved sygdom, som kræver akut psykiatrisk udredning og behandling kontaktes Psykiatriens Skadestue eller vagtlægen.

5.8 Rådgivning og vejledning i forhold til pårørende, praktiserende læger samt kommunale og amtskommunale tilbud og frivillige organisationer, der varetager opgaver i forhold til psykiatriens målgrupper

Der skal være særlig opmærksomhed på pårørende, og brugerne skal tilbydes kontakt/inddragelse af pårørende, herunder særlig opmærksomhed på børn af sindslidende.

I forhold til lokalsamfundet skal lokalpsykiatriens medarbejdere medvirke til at skabe rummelighed over for sindslidende. Afhængig af de til rådighed værende ressourcer tilbydes undervisning og supervision til eksterne samarbejdsparter.

5.9 Udvikling af indsatsen

Udbygning og udvikling, herunder omlægninger af den samlede indsats, er koordinationsgruppens ansvar. Lokalpsykiatriens medarbejdere skal deltage i planlægning og udvikling af tilbud til sindslidende. Socialministeriet støtter udbygning og metodeudvikling i Lokalpsykiatrien med SATS-midler. Disse projekter kan betyde, at nye medarbejdergrupper kommer ind i lokalpsykiatrien, og at indsatsen lægges om.

6. Henvisning og visitation

De lokalpsykiatriske centre skal være de psykiatriske patienters/brugeres faste kontaktsted og indgang til psykiatriens forskellige behandlings- og støttetilbud.

I det lokalpsykiatriske center foretages:

- Visitation til ambulans behandling i det lokalpsykiatriske center
- Visitation til socialpsykiatriske tilbud
- Henvisning til behandling under indlæggelse
- Henvisning og visitation til behandling i psykiatriens specialiserede behandlingstilbud

Udgangspunktet er følgende overordnede principper:

- Udveksling af oplysninger mellem den amtslige del og den kommunale del i lokalpsykiatriske centre følger Forvaltningslovens regler herom.
- Visitationsproceduren skal være enkel og gennemføres inden for korte frister.
- Brugeren/patienten og dennes pårørende skal så vidt muligt inddrages i alle faser.

Alle kan henvise til lokalpsykiatriske centre, og man kan således henvende sig selv. I praksis kommer henvisningerne overvejende fra psykiatrisk afdeling, andet lokalpsykiatriske centre, socialcenter og lokalcenter, samt alment praktiserende læger og speciallæger.

Der holdes mindst et ugentligt visitationsmøde. Her tages stilling til, hvorvidt den pågældende hører til almen- eller fællesgruppen. Umiddelbart herefter holdes internt visitationsmøde i de enkelte teams. Herefter sendes brev til den pågældende med kopi til henviser om, hvornår og hvor første kontakt vil finde sted, samt hvem der bliver primær kontaktperson. Beslutning om visitation til kommunal bostøtte træffes af den kommunale psykiatrirådgiver der er myndighedsudøver. Visitation til hjemmebehandling foregår (sub)akut ved en af de behandlingsansvarlige ledere/ medarbejdere. Afslutning af et forløb beslutes som ved visitation.

Visitation til hjemmebehandling sker ved henvendelse til den regionale del af lokalpsykiatrisk center. Patienter, som i forvejen er i behandling i det lokalpsykiatriske center eller er indlagte på en senge-afdeling, kan umiddelbart visiteres til hjemmebehandling ved behov på hverdage. Skadestuen kan endvidere henvise til hjemmebehandling i weekenden.

Hjemmebehandlingsteamet ser patienten samme dag eller senest næste dag.

Visitation til øvrige socialpsykiatriske tilbud foregår på den månedlige socialpsykiatriske konference i hver af de 4 lokalpsykiatrier. Ved stort antal sager foregår der konference hver 14. dag. Her kan visiteres til regionale boformer, kommunale boformer, kommunal bostøtte, kommunale bofællesskaber, boliger i Magistratens 3. Afdeling, socialpædagogiske opholdssteder og familiepleje. Det er den kommunale psykiatrirådgiver der som myndighedsudøver udarbejder indstilling til visitation .

I forbindelse hermed tilbydes brugere at der udarbejdes en handleplan, jf. Servicelovens §141. I socialpsykiatrisk konference deltager psykiatrirådgiver, den kommunale afdelingsleder og repræsentant fra det kommunale driftsområde for socialpsykiatri samt evt. relevante personer (eksempelvis repræsentant fra regionale boformer). Desuden indbydes som hovedregel brugeren og evt. de pårørende. Den kommunale psykiatrirådgiver som repræsenterer myndigheden (socialcentret) træffer den endelige afgørelse om visitation jvf Bestiller-udfører-modellen.

Til kommunal bostøtte visiteres ugentligt.

7. Brugere og pårørende

Der er en bruger- og pårørende-politik under udarbejdelse i Region Midtjylland.

Århus Kommune har ikke en egentlig nedskrevet politik. I kommunens publikationer er værdi-grundlaget beskrevet under hovedoverskrifterne: Troværdighed, engagement og respekt.

7.1 Brugerpolitik

Det er fra Lokalpsykiatriens start et fælles udgangspunkt, at den sindslidende, brugeren, skal være i centrum. Det betyder, at medarbejderne skal arbejde for, at den enkelte bruger bliver så hensigts-mæssigt støttet som muligt, ud fra egne ønsker og præmisser. Medarbejderne skal være bevidste om deres ansvar for, at kommunikationen af brugeren opleves som ligeværdig og respektfuld. Brugeren skal tilbydes inddragelse i alle faser vedr. egen behandling og støtte, herunder deltagelse i social-psykiatrisk konference i lokalpsykiatrien.

Vedr. den sociale støtte skal brugerne tilbydes udarbejdelse af handleplan, jf. Servicelovens § 141, ligesom der skal ske opfølgning med inddragelse af brugeren.

7.2 Pårørendepolitik.

Der er en bruger- og pårørende-politik under udarbejdelse i Region Midtjylland.

I Århus Kommune inddrages de pårørende efter aftale med brugeren. Der arbejdes i den sociale støtte på at vedligeholde og udbygge det netværk, den enkelte bruger har, ligesom pårørende kan deltage i alle møder m.v. sammen med brugeren.

7.3 Børn af sindslidende.

Regionspsykiatrien er ved at udarbejde retningslinier vedr. systematisk afklaring af forhold omkring børn, information om hjælpemuligheder, samtaler og om nødvendigt underretning til den kommunale forvaltning.

I Århus Kommune er der særlig opmærksomhed omkring disse børn, der ofte ikke selv frembyder tegn på behov for særlig støtte. Det er derfor afgørende vigtigt, at de fagfolk, der ved, at det kan være tilfældet, skal give den nødvendige viden videre. Der er således i kommunalt regi etableret forløb med børnegrupper i lokalpsykiatrien og endvidere er uddannet personale til at varetage familiesamtaler med børn og deres forældre.

8. Samarbejdsaftaler

8.1. Samarbejdet med de praktiserende læger.

Stadig flere ydelser fra Regionspsykiatrien foregår i ambulant regi med den praktiserende læge som en vigtig samarbejdspartner. For at sikre patienterne et godt og sammenhængende forløb, uanset behandlingsregi samt et godt samarbejds-klima mellem sektorerne, har Psykiatrien indgået en samarbejdsaftale for det samarbejde, der er mellem de lokalpsykiatriske centre og de praktiserende læger. Der er lavet følgende aftaler:

- Som udgangspunkt er der altid en læge til rådighed i lokalpsykiatriens åbningstid. Er lægen ikke ledig, når den praktiserende læge ringer, vil der altid blive ringet tilbage inden for et afgrænset tidsrum.
- Subakutte vurderinger er en kerneydelse for lægerne i lokalpsykiatrien. De subakutte vurderinger varierer efter patientens behov. Lokalpsykiatriens læger kan yde den praktiserende læge telefonisk rådgivning, kan modtage patienten til vurdering i lokalpsykiatrien eller anbefale indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. I forhold til generelle råd og vejledning er den praktiserende læge fast tilknyttet et bestemt lokalpsykiatrisk center. Det gælder også i forhold til andre arrangementer som ”åbent hus” og klinisk supervision. Er patienten allerede i behandling, kontaktes den lokalpsykiatri, som patienten er tilknyttet. Gerontopsykiatrisk Afdeling kontaktes direkte.
- En gang årligt inviterer de lokalpsykiatriske centre til åbent hus med skiftende temaer. Det kan være status for samarbejdet, orientering om tilbud i Psykiatrien og hvad der er på vej, undervisning i specifikke emner, foredrag eller lignende.
- Fire gange årligt vil de lokalpsykiatriske centre tilbyde klinisk supervision og casegennemgang for de praktiserende læger. Det er de lokalpsykiatriske centre, der sender invitationer ud til arrangementerne. De bliver dog kun gennemført, hvis der er nok tilmeldte. Supervisionen forsøget afviklet på hverdage og først fra kl.17.00.
- Praktiserende læger inviteres til udskrivningskonference, når der er tale om meget komplicerede sager. Det er den konkrete afdeling på hospitalet, som sørger for invitationen, som sendes ud ca. 14 dage før.
- Regionspsykiatrien modtager elektroniske henvisninger fra praktiserende læger. Patienterne henvises til det lokalpsykiatriske center, som de er tilknyttet i forhold til deres hjemadresse. Hvis patienten ikke er tilknyttet et specifikt lokalpsykiatrisk Center, henvises til det lokalpsykiatriske center, som den praktiserende læge samarbejder med. For patienter over 65 år henvises til Gerontopsykiatrisk afdeling efter en række specifikke kriterier.
- Der tages stilling til modtagne henvisninger indenfor 24 timer efter modtagelsen i den behandlende enhed.
- Akut fremmøde kan foregå efter telefonisk henvendelse til de lokalpsykiatriske centre samt til skadestuen i Risskov.

Der er udarbejdet en pjece, som omhandler ovenstående samarbejde.

Udover de konkrete samarbejds-aftaler indeholder pjecen en oversigt over de lokalpsykiatriske centre, Den centrale enheds specialklinikker m.v. Herunder adresser, telefon- og faxnumre samt e-mailadresser. Pjecen er sendt til samtlige praktiserende læger i Århus samt de lokalpsykiatriske centre.

På udvalgte målgrupper er endvidere indgået aftale om "shared care" mellem de praktiserende læger og behandlingspsykiatrien. "Shared care" dækker over et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorer, og udmøntes ved at man deler ansvaret for patienterne.

8.2 Samarbejdet med specialklinikker

Der er et løbende samarbejde mellem lokalpsykiatrien og Klinik for unge med skizofreni, kaldet OPUS. Tilbuddet er et to-årigt ambulant behandlingsforløb til unge i alderen 21-30 år med nyopdaget skizofreni. Herudover samarbejdes der efter behov med Regionspsykiatriens øvrige specialklinikker så som:
Klinik for Angst og Tvangslidelser
Klinik for Mani og Depression
Klinik for Personlighedsforstyrrelser og
Center for Selvmordsforebyggelse.

8.3 Samarbejdet med det øvrige Socialcenter

De fire socialcentre varetager myndighedsudøvelsen i forbindelse med visitation og dels udfører opgaver indenfor Familie, børn og unge samt voksenområdet. Samarbejdet i forhold til myndighedsområdet og foranstaltninger varetages af centerchefen og de repspektive afdelingsledere.

I Socialcentret er der 2 afdelinger – familie/børn/unge og voksne (heri lokalpsykiatri). Samarbejdet i forhold til familieområdet og voksenområdet varetages af centerchefen og de 1-2 afdelingsleder(e). Der er ikke udarbejdet formelle aftaler.

8.4 Samarbejdet med Beskæftigelsesforvaltningen

Der er udarbejdet interne retningslinier for samarbejdet, herunder visitationsprocedurer for henvisninger af enkeltsager mellem de 2 afdelinger. Det interne databasemateriale er udbygget, således at medarbejderne i Beskæftigelsesforvaltningen har let tilgængelig adgang til oplysninger om Socialforvaltningens tilbud, så de kan rådgive og henvise relevant. Der er desuden indgået aftale om en årlig kontakt, hvor Beskæftigelsesforvaltningens tilbud til særlige målgrupper drøftes generelt. I aftalen ligger også en adgang for Socialforvaltningen til at henvise/drøfte en gruppe af brugeres behov og muligheder med henblik på, at Beskæftigelsesforvaltningen udvikler en særlig indsats.

8.5 Samarbejdet med lokalcentrene

Der er kommunalt etableret et områdesamarbejde mellem Mag. 1 og Mag. 3, ligesom der på overordnet plan er et struktureret samarbejde på chefplan. Magistratens 3. Afdeling kan ad hoc deltage i Koordinationsgruppemøderne mellem Region Midtjyllands Distrikt Øst og Socialforvaltningens kvartalsvise møder.

8.6 Samarbejdet med Center for Misbrugsbehandling

Såvel lokalpsykiatriens regionale del som den kommunale del samarbejder med Center for Misbrugs-behandling i relevante sager.

8.7 Samarbejdet med Alkoholbehandlingen

Såvel lokalpsykiatriens regionale del som den kommunale del samarbejder med Alkoholbehandlingen i relevante sager.

9. Mødefora med bruger- og pårørende-organisationerne

Region Midtjylland er på vej til at etablere mødefora såvel centralt som decentralt i Distrikt Øst.

Det forventes at man fortsætter med to mødefora med bruger- og pårørende-organisationerne, hhv. ét for afdeling Syd og ét for afdeling Nord. Mødedeltagerne er udover bruger- og pårørende-repræsentanter og repræsentanter fra ledelse og medarbejdere i regionen og kommune. Mødet er et informations- og dialogforum uden beslutningskompetence.

I kommunen er etableret et tværgående møde med bruger- og pårørendeorganisationerne med det formål at sikre et højt informations- og dialogniveau om de tværgående tiltag, herunder sikre organisationerne indflydelse og ledelsen et kvalificeret beslutningsgrundlag. Mødet har ingen formel

- kompetence. Mødedeltagerne er bruger- og pårørenderepræsentanter samt ledelsesrepræsentanter fra
- kommunen.

10. Sikkerhedsorganisation og Med-udvalg

Da lokalpsykiatrien bygger på, at hver sektor ansætter og lønner egne medarbejdere, vil der også være 2 formelle sikkerhedsorganisationer og 2 med-udvalgs-systemer.

I de enkelte lokalpsykiatrier er der truffet lokale aftaler, så der sikres kollegial støtte og hjælp i dagligdagen på tværs mellem region og kommune.

Økonomiaftale for lokalpsykiatrierne i Århus Kommune

1. Formål med økonomiaftalen

Økonomiaftalen beskriver de økonomiske forhold mellem Århus Kommune og Regions-psykiatrien, Distrikt Øst i forhold til driften af de 4 lokalpsykiatrier beliggende i Århus Kommune (Lokalpsykiatri Vest, Syd, Nord og Centrum)

2. Udgiftsfordeling mellem amt og kommune

Parterne besluttede i september 2003 at udgangspunktet for udgiftsfordelingen (fordelingsnøglen) skulle være antallet af ansatte i lokalpsykiatrierne, dog vægtet i forhold til den enkelte ansattes daglige ophold i lokalpsykiatrien. Ved revurdering af aftalen primo 2007 er parterne fortsat enige om at aftalen er velfungerende.

Der er 3 vægte:

1. Ansatte med fast base samt bruger/patient kontakt i lokalpsykiatrien: 100%
2. Ansatte med fast base samt primær bruger/patientkontakt uden for lokalpsykiatrien (f.eks bostøtte og hjemmebehandlere): 25%
3. Ansatte med primær bruger/patientkontakt, samt primær funktion uden for lokalpsykiatrien (brevbakke): 10%

Med ovennævnte nøgle giver det følgende nye fordeling for de 4 lokalpsykiatrier for perioden 1. jan. 07 - 31. december 2008:

	Århus Kommune	Region Midtjylland
Lokalpsykiatri Syd:	41%	59%
Lokalpsykiatri Vest	39%	61%
Lokalpsykiatri Centrum	49%	51%
Lokalpsykiatri Nord	33%	67%

3. Budgettering af fællesudgifter til kontorhold

Der er lavet aftaler for hver Lokalpsykiatri i forhold til hvilke udgifter man har været enige om at betragte som fælles.

Nedenfor ses de aktuelle Fællesudgiftsområder for de fire lokalpsykiatrier.

3.1 Fællesudgifterne vedrørende lejemålene i hhv. lokalpsykiatri SYD og VEST (Hermodsvej 5b samt Skanderborgvej 156)

- Indboforsikring
- Husleje
- El, Vand, Varme
- Renovation
- Rengøring
- Telefon
- Mødekaffe/brød (reception)

- Kontorartikler
- Porto
- Fotokopiering
- Div. små-varekøb
- Serviceydelser

3.2 Fællesudgifterne vedrørende ejendommene i hhv. lokalpsykiatri NORD og CENTRUM (Børglumvej 5 samt Kannikegade 10 -12)

- Brandforsikring og indboforsikring
- Vægter & alarm i lokalpsykiatri NORD
- Udvendig og indvendig vedligeholdelse
- EI
- Vand
- Varme
- Renovation
- Rengøring
- Pedelfunktion
- Servicemedarbejder
- Vedligeholdelse af fællesarealer, herunder snerydning m.v
- Telefon
- Mødekaffe/brød (reception)
- Kontorartikler
- Porto
- Fotokopiering
- Div. små-varekøb
- Serviceydelser
- Tidsskrifter, bøger af fælles interesse
- Temadage, hvor alle medarbejdere er inviteret

3.3 Områder hvor der er delt finansiering

3.3.1. Kommunale udgifter:

- løn
- kursus
- transport
- stillingsopslag
- edb-udgifter vedr. kommunale system
- faglitteratur
- tidsskrifter
- lovsamlinger
- ejendomsbeskatning (den kommunale andel vedr. Børglumvej 5 og Kannikegade 10 - 12)

Århus Byråd har besluttet at fritage Århus Kommune fra ejendomsbeskatning med virkning fra 1. januar 2006.

3.3.2. Regionale udgifter

- løn
- kursus
- transport
- stillingsopslag

- edb-udgifter vedr. det amtslige system
- udgifter, der knytter sig til den psyk. behandling - f.eks medicin, lægeinstrumenter, vat, kanyler, psykologisk testmateriale
- faglitteratur
- tidsskrifter
- lovsamlinger
- ejendomsbeskatning (den regionale andel vedr. Børglumvej 5 og Kannikegade 10 - 12)

4. Andre forhold

Århus Kommune har hidtil været regnskabsførende. Denne ordning foreslås videreført.

Driftsudgifterne fordeler sig i henhold til de aftalte fordelingsnøgler. Århus Kommune har herudover særlige projekter, som er en del af deres "nøgle". Århus Kommune laver selv intern fordelingsnøgle mellem udgifter til lokalpsykiatrien og projekterne.

Det foreslås, at der beregnes nye fordelingsnøgler hvert andet år eller når en af parterne ønsker det, første gang 31. december 2008.

Fordelingsnøglerne godkendes på et koordinationsgruppemøde mellem Regionspsykiatriens Distrikt øst og Århus kommune.

Udstyr til medarbejderne, d.v.s. møbler, edb m.v. afholdes af medarbejdernes ansættende myndighed

Refusion afregnes a conto. Endelig refusion afregnes efter regnskabsårets afslutning.

Bilag til Sundhedsaftalens psykiatridel – bilateral del

Udrykningsteamet i Århus, aftale mellem Regionspsykiatrien, Distrikt Øst og Århus Kommune, Socialforvaltningen

Baggrund.

Udrykningsteamet er dannet på baggrund af ønske om kunne yde akut hjælp i hjemmet i aften- og nattetimerne. Opfordringen er kommet fra såvel de sindslidende, de pårørende, boligforeninger, politi, vagtlæger m.v.

Det daværende Århus Amt og Århus kommune besluttede på den baggrund at igangsætte Udrykningsteamet som et projekt i 1999/2000. Ordningen er blevet permanentgjort siden.

Formål

Lokalpsykiatriens udrykningsteam er et tilbud til sindslidende om en hurtig og let tilgængelig adgang til støtte og hjælp i en akut og kaotisk situation i den sindslidendes eget hjem.

Målgruppe

Målgruppen er sindslidende med akutte problemer, borgere som også primært er lokalpsykiatriens målgruppe, altså sindslidende, der er psykotiske, psykosenære, svært personlighedsforstyrrede m.v.. Der er også henvendelser fra psykisk syge, som ikke har været i kontakt med psykiatrien før og fra borgere, der er psykisk sårbare og /eller i alvorlige akutte kriser, der har medført selvmordstanker eller -forsøg. Tilbuddet er en vej til akut hjælp for disse borgere.

Indsats.

Udrykningsteamet tager som akuttjeneste direkte kontakt til sindslidende i hjemmet på tider, hvor lokalpsykiatrien og andre eksisterende hjælpe- og støtteordninger holder lukket. Der rykkes hurtigt ud med hjælp til brugerne, i situationer/på tidspunkter, hvor de ellers ville være overladt til sig selv. Udrykningsteamet udgør en del af det samlede døgnberedskab i psykiatrien i Århus.

Visitation.

Medarbejderne i socialvagten og Skadestuen på psykiatrisk hospital tager imod opkaldene fra borgere, som ønsker kontakt med teamet. Efter en vurdering af problemstillingen, visiterer de henvendelserne videre til teamets medarbejdere eller giver selv rådgivning til brugerne pr. telefon.

Medarbejderne.

Der er ca. 30 tværfaglige medarbejdere i marken. De er alle i det daglige ansat i psykiatrien i Århus Amt eller Århus kommune og er erfarne psykiatri/socialpsykiatrifaglige medarbejdere.

Organisation.

Udrykningsteamet er forankret i Driftsområdet for Socialpsykiatri, Socialforvaltningen, mag. 1, Århus kommune.

Økonomi.

Udgiften til at drive Udrykningsteamet deles p.t. 50/50 af Region Midtjylland/Århus Kommune. Budgettet for 2007 er 1.830.000 kr.

Statistik.

I 2005 blev der foretaget 336 udrykninger, der var 199 telefoniske kontakter, og i alt 2.282 henvendelser. Opgørelse for 2006 var ikke færdig ved aftalens indgåelse, men vil blive fulgt løbende af koordinationsgruppen mellem region og kommune.

Fremtid.

Det er aftalt mellem Region Midtjylland og Århus Kommune at udrykningsteamet videreføres på samme vilkår som nu.

Regionspsykiatriens konsulentbetjening af Århus Kommune

I arbejdet med den fælles sundhedsaftale mellem Regionspsykiatrien (Distrikt Øst) og Århus Kommune har der været særligt fokus på konsulentområdet. Der har længe været et tæt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og de sociale borgerrettede indsatsområder, der nu alle er kommunens ansvar. Det er begge parter ønske, at dette gode samarbejde kan fastholdes til gavn for alle - særligt de berørte borgere.

Det giver god mening at dele konsulentområdet op i tre delområder:

- Konsulentbetjening fra almenpsykiatrien.
- Konsulentbetjening på misbrugs- / dobbeltdiagnose-området.
- Konsulentbetjening på institutioner for psykisk udviklingshæmmede.

Følgende notat beskriver kort de tre områder, men lægger mest vægt på delområde 2: konsulentbetjeningen på forsorgs-, misbrugs- og afvænningsområdet.

To typer ydelser, to typer afregning

Inden dette er det dog nødvendigt at opridse de to muligheder, der er for kommunal (med)finansiering af behandlernes aktiviteter. Der eksisterer følgende muligheder:

- I form af kommunernes medfinansiering af registrerede sundhedsydelser.
- I form af betaling af honorar for konsulenttimer.

Første mulighed er beskrevet i Sundhedsloven og indebærer, at kommunerne betaler en andel af al aktivitet på sundhedsområdet, herunder psykiatri. Således skal kommunerne betale 30 % af basistaksten (ca. 600 kr.) for alle ambulante besøg og 60 % af basistaksten for alle indlæggelser (ca. 1.800 kr. - dog maksimalt 7.149 kr. pr. indlæggelse). Regionspsykiatrien er lovmæssigt forpligtet på at registrere alle sundhedsydelser, og disse registreringer vil blive brugt til at afregne kommunernes medfinansiering af regionernes budgetter. Da psykiatriske sundhedsydelser er en del af regionernes ansvars-område, er det ikke meningsfuldt at kalde denne ydelsestype for en konsulentydelse.

Den anden mulighed er ikke beskrevet i Sundhedsloven, og kan derfor betegnes som en ”aftalebaseret mulighed”. En myndighed – regional eller kommunal – kan lade andre aktører udføre en del af de opgaver, der knytter sig til det tildelte myndighedsansvar. I denne sammenhæng, inkluderer dette således en regionsansat psykiaters involvering i en opgaveløsning, som en kommune er ansvarlig for. Dette er regionerne ikke forpligtet på at yde, modsat sundhedsydelser. Men Region Midtjylland ønsker et samarbejde på alle de områder, hvor kommunerne kan se fordele ved dette, dog kræver det, at der indgås aftaler om honorarer for at kunne finansiere ydelsen.

I forlængelse af ovenstående vil ydelser, defineret som konsulentydelse men hvor der samtidig er borgerkontakt, ikke blive registreret i patientadministrative systemer, der indberetter videre til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Det ville dels være forkert fagligt, dels ville det betyde, at kommunerne blev opkrævet betaling to gange for samme ydelse.

Konsulentbetjening fra almenpsykiatrien.

Regionspsykiatrien varetager patientbehandling af både ambulante og indlagte patienter. Ambulant behandling foregår i Århus Kommune typisk i lokalpsykiatrierne, men kan også ske i patienternes eget hjem eller et andet sted, fx en socialpsykiatrisk institution. Disse besøg er således ikke konsulentydelse.

Konsulentydelse fra almenpsykiatriske læger kunne i stedet være ydelser knyttet til de opgaver, som kommunen har ansvaret for. Det kunne eksempelvis være undervisning, supervision og plejemæssig sparring for medarbejdergruppen på en institution.

Der skal efterfølgende indgås aftaler med relevante socialpsykiatriske tilbud. Koordinationsgruppen mellem region og kommune følger op.

Konsulentbetjening på misbrugs- / dobbeltdiagnose-området.

I forhold til betjeningen af dobbeltdiagnoseområdet har brugen af konsulenter imidlertid været langt mere udbredt og systematisk.

Det ligger ikke inden for Regionspsykiatriens opgaveområde at stå for misbrugsbehandling, men det har for at kunne udføre dette (Voksen Handicap, Århus Amt var til og med 2006 ansvarlig myndighed) vist sig nyttigt at benytte psykiatere til at udrede sammenhænge mellem borgeres rusmiddelmisbrug og eventuelle psykiske lidelse. Da denne opgave ikke knytter sig til behandling af psykiatrisk sygdom er dette ikke en sundhedsydelse, men en konsulentydelse.

Denne konsulentopgave har Team for Misbrugspsykiatri udført for forsorgstilbud, misbrugs- og alkoholrådgivningscentre i Århus Kommune. Omfanget af opgaven er beskrevet i nedenstående skema:

INSTITUTION	Aftalte timer 2006	Afregnes i 2006 til 798 kr./time.
Døgnbehandlingen, Tre Ege	98	78.204
Alkoholrådgivningen Århus	490	391.020
Rådgivningscafeen Aros	24,5	19.551
Østervang	343	273.714
Kirkens Korshær, Tre Ege	196	156.408
Basen	49	39.102
<i>I alt</i>	1.200,5	957.999

Som det fremgår har Team for Misbrugspsykiatri i alt leveret 1200 konsulenttimer. Disse aftaler kan selvfølgelig genforhandles. Endvidere har det været drøftet, om der skal etableres en lignende aftale med "Sletten" og evt. andre institutioner.

Aftalen har som det fremgår haft en pris på 798 kr. pr konsulenttime, her er det forudsat at institutionerne selv leverer sekretærbistand.

I starten af 2007 har Team for Misbrugspsykiatri fortsat betjeningen af de institutioner, hvor der er indgået aftaler. Dette er sket på baggrund af Århus Kommunes udmelding om, at en lignende aftale forventes, og fordi institutionerne har efterspurgt ydelserne.

Regionspsykiatrien håber, at en aftale mellem Region Midtjylland og Århus Kommune snarest muligt kommer på plads.

Drøftelserne om en lignende aftale kunne tage følgende udgangspunkt.

INSTITUTION	Aftalte timer 2007	Afregnes i 2007 til 822 kr./time.
Døgnbehandlingen, Tre Ege	98	80.550
Alkoholrådgivningen Århus	490	402.751
Rådgivningscafeen Aros	24,5	20.138
Østervang	343	281.925
Kirkens Korshær, Tre Ege	196	161.100
Basen	49	40.275
Sletten	?	
Forsorgstilbuddet Midtbyen	?	
<i>I alt</i>	1.200,5 + ?	986.739 + ?

Der skal efterfølgende indgås konkrete aftaler for 2007 med relevante tilbud. Koordinationsgruppen mellem region og kommune følger op på ovenstående udspil.

Ovenstående timetal bruges som retningsgivende indtil endelig aftale er klar.

Konsulentbetjening på institutioner for psykisk udviklingshæmmede.

Center for Oligofrenipsykiatri under Regionspsykiatrien (Distrikt Øst) arbejder med grænsefladen mellem psykiatri og udviklingshæmning og kan således tilbyde høj specialviden på dette felt. Oligofreniklinikken har således haft samarbejde med en række institutioner i det gamle Århus Amt, om alt fra diagnosticering og medicinering af be-boerne til undervisning og supervision af personale.

Som det fremgår, er der i denne betjening sundhedsydelser. De ambulante distriktspsykiatriske besøg, hvor der stilles psykiatriske diagnoser og tages beslutninger om medicinering mm., er en del af den regionale forpligtelse – overfor både psykisk handicappede og alle andre borgere.

Ligeledes er der også ydelser, der ikke er regionernes forpligtelse. Det drejer sig om opgaver, der er knyttet til vejledning og supervision af institutionernes personale, men også brug af centerets speciallæger til at udrede forhold og problemstillinger knyttet til beboernes psykiske handicap. Disse ydelser er alle konsulenttydelser, og der skal således opkræves honorarer for disse ydelser.

Der skal efterfølgende indgås konkrete aftaler for 2007 med relevante tilbud. Koordinationsgruppen mellem region og kommune følger op på ovenstående udspil.

Genforhandling af indgåede aftale for enkelte tilbud

Aftaler om lægekonsulentbetjening mellem kommunens forskellige tilbud og Regionspsykiatrien i distrikt øst kan af begge parter genforhandles og reguleres til hvert årsskifte.