

# Region Midtjylland

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

## **Bilag**

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

**Punkt nr. 16.2**

<b>Sundhedsaftaler: Kommunefordelt oversigt over tilføjelser/ændringer i forhold til den generelle sundhedsaftale for Region Midtjylland</b>
--

Indledning.....	2
Århus Kommune.....	2
Samsø Kommune .....	9
Silkeborg Kommune.....	18
Skanderborg Kommune .....	24
Viborg Kommune.....	30
Skive Kommune .....	33
Randers Kommune .....	36
Syddjurs Kommune .....	39
Norddjurs Kommune.....	42
Favrskov Kommune .....	45
Odder Kommune .....	49
Horsens Kommune .....	54
Hedensted Kommune .....	58
Herning Kommune.....	62
Holstebro Kommune .....	68
Ringkøbing-Skjern Kommune .....	75
Lemvig Kommune.....	79
Struer Kommune.....	83
Ikast-Brande Kommune.....	87

## **Indledning**

Efter forhandlinger med de 19 kommuner i Region Midtjylland foreligger sundhedsaftalerne til politisk behandling. Hver aftale er på ca. 100 sider og er bygget op om den generelle sundhedsaftale, der blev vedtaget i efteråret 2006.

Dette notat præsenterer alene de formuleringer, der er blevet tilføjet den generelle aftale under de enkelte bilaterale forhandlinger med kommunerne i Region Midtjylland.

Tilføjelserne præsenteres for hver enkelt kommune.

## **Århus Kommune**

Der har været lang tradition for at indgå sundhedsaftaler mellem Århus Kommune og Århus Amt. Arbejdet blev påbegyndt med den første ældreaftale i 1988, og aftalen er siden forlænget i flere omgange. Ældreaftalen blev i 2005 erstattet af en sundhedsaftale med en opprioritering af sundhed, sundhedsfremme og forebyggelse af sygdom. Der har således været et omfattende aftalemæssigt grundlag at bygge videre på i Århusområdet.

På baggrund af det store aftalekompleks og detaljeringsgraden der ligger til grund for sundhedsaftalen for Århusområdet, har parterne valgt at indarbejde de særlige aftaler i den generelle sundhedsaftale. Århus aftalen adskiller sig således i struktur fra de øvrige sundhedsaftaler i regionen.

Parterne, der har deltaget i forhandlingerne omkring sundhedsaftalen for Århusområdet, er foruden Region Midtjylland, en repræsentant fra de praktiserende læger, Århus Kommune, Århus Universitetshospital, Skejby og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Da Århus aftalen har en stor detaljeringsgrad, er det valgt i nedenstående notat kun at beskrive de væsentligste forskelle fra den generelle aftale. Endelig er de overordnede økonomiske aspekter af sundhedsaftalen skitseret.

### **Indlæggelse og udskrivning**

I aftalen beskrives de væsentligste indsatser, tilbud og metoder, som Århus Kommune, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby og de praktiserende læger i Århus har til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser. Parterne forpligter sig til løbende at holde samarbejdspartnerne orienteret om planlagte ændringer af tilbudene. Der er i sundhedsaftalen indgået aftale om to konkrete tilbud: Vagtberedskabet og faldenheden.

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. Læger fra geriatrisk team og det palliative team kan ligeledes rekvirere fast vagt til borgere i hjemmet. 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. Den faste vagt kan maksimalt rekvireres for tre sammenhængende aftener og nætter – svarende til 6 vagter. Vagtberedskabet er en ordning, der videreføres fra den tidligere sundhedsaftale.

Faldenheden, som er et 3-årigt projekt, har til formål at forstærke indsatsen overfor forebyggelse af fald. Projektet er opstartet 1. maj 2006. Der er enighed om, at projektet fortsætter uændret i projektets løbetid.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby har udarbejdet beskrivelser af hospitalernes forskellige udgående teams.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har udarbejdet en opgørelse af åbne indlæggelser fra Hæmatologisk Afdeling R, THG med henblik på at belyse omfanget. Opgørelsen indeholder data fra de sidste 6 år.

### **Varslingsfrister:**

Varslingsfristerne i aftalen afviger ikke meget fra den generelle sundhedsaftale. De væsentligste forskelle er, at der for borgere, der har behov for komplicerede sygeplejeydelser, skal varsles senest et døgn inden udskrivning. Det er endvidere aftalt, at varslingsfristen kun kan overholdes, hvis de nødvendige sygeplejeartikler medsendes fra hospitalet til det første døgn. Endvidere er hverdage ændret til dage. Patienter, der indlægges på MVA (Medicinsk Visitations Afsnit), men som udskrives igen indenfor samme døgn eller morgenen efter, kan sendes hjem samme dag efter konkret aftale med kommunens visitator.

Ved udskrivning medgiver hospitalet medicin og utensilier til det første døgn forbrug, hvis patienten har en ændret medicinordination. Har patienten en uændret medicinordination medgives recept på eventuelt manglende medicin.

I sundhedsaftalen har parterne aftalt, at der skal arbejdes på at finde en smidig løsning på "udskrivning" fra skadestuebesøg, som sker i vagttiden, hvor borgeren ikke er kendt af kommunens hjemmepleje.

Der er indgået aftale om udskrivning fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, afdeling E af ældre borgere til plejebolig eller plejehjem efter en collum femoris fraktur.

### **Særlige indsatsområder**

Århus Kommune og Århus Amt har lang tradition for at samarbejde om udvalgte patientgrupper. Århus Kommune og Region Midtjylland ønsker, at flere af disse samarbejdsprojekter videreføres i den nye sundhedsaftale. Der er indgået aftale om posedialysepatienter, indsats for alvorligt syge og døende, og samarbejde om demensområdet.

Hertil kommer en hensigtserklæring om at etablere et udbygget samarbejde på børneområdet mellem parterne.

Der er indgået en aftale om, at Århus Kommune varetager opgaven vedrørende posedialysepatienter med lav egenomsorgsevne mod et fast årligt beløb pr. borger i posedialyse. Der modregnes dog for de eventuelle dage, borgeren er indlagt på hospitalet.

Regionen og kommunen samarbejder om indsatsen for alvorligt syge og døende. Samarbejdet omfatter bl.a. hospicepladser på Hospice Søholm. Samarbejdet om Hospice Søholm fortsætter uændret i 2007. Der skal i løbet af 2007 findes en ny samarbejdsmodel for Hospice Søholm.

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.

Samarbejdet om indsats i forhold til mennesker med demens omfatter bl.a. demensklubben på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og demenscafé i Århus Kommune.

Parterne ønsker at arbejde videre med præmature børn med henblik på muligheden for at få børnene hjem på et tidligere tidspunkt i forløbene. Der er allerede nedsat en arbejdsgruppe på området. Parterne ønsker, at området bliver et udviklingsområde i sundhedsaftalen, og det er

hensigten, at der i løbet af 2007 skal udarbejdes et forslag til en samarbejdsmodel på dette område.

### **Genoptræning**

Århus Kommune ønsker pr. 1. maj 2007 at hjemtage dele af de genoptræningsopgaver, der tilbydes patienter, der er behandlet for ortopædkirurgiske lidelser. Parterne har haft vanskeligt ved at blive enige om omfanget af de forventede genoptræningsopgaver, som kommunen forventes at skulle varetage. Kommunen har derfor ønsket, at det som en del af aftalen skal fremgå, på hvilket grundlag kommunen har foretaget deres vurdering af det forventede omfang. Regionen har i den forbindelse taget forbehold for opgørelsen, idet regionen mener, at antallet af patienter til genoptræning efter indlæggelse ikke kan forventes at være stationær. Endvidere fremhæves det, at tallene i opgørelsen baserer sig på 2004 tal.

### **Varsling:**

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.

Det er endvidere aftalt, at 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.

### **Rehabiliteringsafsnit G3 og apopleksiteamet:**

Rehabiliteringsafsnit G3 er beliggende på Marselisborg Centret i forbindelse med Geriatrisk 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 opsigter aftalen om fælles finansiering af G3 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 er aftalt, at Århus Universitetshospital, Århus Sygehus hurtigst muligt går i gang med denne tilretning. Såfremt det lader sig gøre at implementere det tilpassede tilbud tidligere end 1. september, afkortes effektueringen af denne aftale.

I forhold til G3 er det endvidere aftalt, at Region Midtjylland inden den 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 videreførelse 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 hospitalsafsnit, hvor kommunen alene bidrager til driften med den kommunale medfinansiering.

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

#### **Rehabiliteringsafsnittet G4:**

Rehabiliteringsafsnittet G4 har i en årrække været drevet af Geriatrisk 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 funktionsstab. På G4 var der både overnattende kursister og dagkursister.

Da de opgaver som varetages på G4 fra 1. januar 2007 er overgået 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 hospitalet vurderer det vil være muligt at drive videre indenfor den økonomiske ramme, som kommunen hidtil har haft for deltagelse i samarbejdet. Dette indebærer efter hospitalets vurdering bl.a., at målgruppen for tilbuddet må ændres fra borgere med lette til moderat funktionsstab til borgere med lette funktionsstab, 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. udgøre 5,9 mio. kr. Århus Kommune betaler ikke husleje i opsigelsesperioden.

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

Det er endvidere aftalt, 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.

### **Hjælpemidler**

Der er netop udsendt et nyt afgrænsningscirkulære som erstatning for afgrænsningscirkulæret fra 1975 vedrørende hjælpemidler og behandlingsredskaber. Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

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.

### **Sundhedsfremme og forebyggelse**

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).

Parterne er enige om at etablere et samarbejde omkring vidensdeling vedrørende patientskoler, både af eksisterende tilbud i de forskellige sektorer og faglig vidensdeling om sygdomme. Det er bl.a. aftalt, at hospitalerne og kommunen udarbejder beskrivelser af deres tilbud, som er blevet en del af sundhedsaftalen.

### **Patientskoler:**

I aftalen har hospitalerne beskrevet deres patientskoletilbud med særlig vægt på tilbud til diabetes og hjerterehabilitering.

Århus Kommune har åbnet SundhedsCenter Århus, hvor der bl.a. gennemføres patientskoletilbud til borgere med KOL sygdom, borgere med hjerte-kar sygdom samt borgere med diabetes.

Det er de praktiserende læger, der kan henvise til patientskoletilbudene.

Parterne ønsker at arbejde videre med rygeforebyggelse.

På tobaksområdet tilbyder Århus Kommune i samarbejde med byens apotekere alle borgere og patienter rygestopvejledning og rygestopkurser.

SundhedsCenter Århus yder rygestopvejledning, ligesom der ydes rygestopvejledning af sundhedsklinikkerne på de samdrevne 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 som forværres ved rygning.

Rygestop i forhold til psykiatriske brugere er et udviklingsområde.

### **Samarbejdsstruktur Styregruppe**

Samarbejdspartnerne har aftalt at etablere en lokal styregruppe, som skal varetage en række monitorings- og evalueringsopgaver. Styregruppen skal have deltagelse af ledelsesrepræsentanter fra Region Midtjylland (Regionalt Sundhedssamarbejde og Centret for folkesundhed), Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, Skejby, Århus Kommune og repræsentanter fra almen praksis.

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.

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:**

For at sikre sammenhæng i det samlede sundhedsvæsens indsats og en høj kvalitet i sundhedsydelse har parterne aftalt, at sundhedspersonalets faglige kompetencer til stadighed skal forbedres. På baggrund heraf har parterne aftalt at etablere:

- Temadage for de ansatte om sundhedsaftalen og samarbejdet mellem hospital, praksis, region og kommune.
- Etablering af fagligt netværk:  
Region Midtjylland og Århus Kommune har som en del af sundhedsaftalen aftalt, at der etableres faglige netværk. For at sikre kontinuiteten i patientforløb er det vigtigt, 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.
- Fælles skolebænk:  
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.

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 tidligere samarbejde omkring fælles skolebænk videreføres og udbygges til også at omfatte indsatsen vedrørende kroniske patienter, begyndende med KOL.

### **Bilag**

Som tillæg til aftalen er der bl.a. udarbejdet bilagsmateriale om de økonomiske konsekvenser af sundhedsaftalen og telefonlister.

### **De økonomiske aspekter i sundhedsaftalen**

Århus Kommune har indgået aftale med Region Midtjylland på følgende områder, som indeholder økonomi:

- Rehabiliteringsafsnit G3 på Marselisborg Centret. Århus Kommunes udgift til videreførsel af den eksisterende aftale i perioden 1. januar 2007 til 31. august 2007 er 2.065.639 kr. i 2007 p/l niveau. 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 hospitalsafsnit, hvor kommunen alene bidrager til driften med den kommunale medfinansiering.
- Rehabiliteringsafsnit G4 på Marselisborg Centret drives videre på de hidtil gældende vilkår frem til og med 31. august 2007. Frem til og med 31. august 2007 bidrager Region Midtjylland som hidtil til drift af G4. De konkrete udgifter skal 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 skal opgøres (incl. bidrag fra G-fælles og køkken), og Århus Kommune betaler 13/18 af udgiften – dog maksimalt 5,9 mio. kr. i 2007 p/l niveau. Århus Kommune betaler ikke husleje i opsigelsesperioden. 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 Amt har hidtil finansieret 648.000 kr. (2006 p/l niveau) årligt til G4. Det er aftalt, at Århus Amts tidligere andel ophører og overgår til medfinansiering af G3. Beløbet er indarbejdet i budget for Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Rehabiliteringsafsnit G4 har indledt et samarbejde med frivillige fra Dansk Røde Kors. Århus Amt har finansieret 30.000 kr. årligt til ordningen. Ordningen fortsætter frem til 31. august 2007, hvorefter Århus Kommune kan vælge at indgå i et samarbejde med frivillige fra Dansk Røde Kors.
  - Fælles skolebænk: Det er i sundhedsaftalen mellem parterne aftalt, at samarbejdet omkring fælles skolebænk fortsætter således, at parterne dækker udgifter for eget personale. Kursusudgiften er aftalt til ca. 1.000 kr. pr. kursist.
  - Faldindsatsen: Faldindsatsen er et 3-årigt projekt, der fortsætter uændret i aftaleperioden. Århus Amtet har finansieret 1.000.000 kr. årligt. Regionen fortsætter denne finansiering, således at der betales 1.000.000 kr. i 2006 p/l årligt i projekt perioden frem til april 2009. Århus Kommune betaler ligeledes 1.000.000 kr. årligt til projektet. Der afregnes en gang årligt til Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Det skal sikres, at den kommunale medfinansiering ved de ambulante udredningsbesøg i faldenheden fratrækkes de beløb, Århus Kommune skal betale.
  - Vagtberedskabet. Vagtberedskabet er et fælles finansieret samarbejde, der fortsætter i sundhedsaftalen. Regionen finansierer årligt 960.000 kr. i 2007 p/l niveau til ordningen.
  - Hospice Søholm. Samarbejdet omkring Hospice Søholm fortsætter uændret i 2007, dog er det aftalt, at Århus Kommune skal kompenseres for dobbelt betaling som følge af DRG- registreringen. Århus Kommune er ansvarlig for opgørelse og dokumentation heraf. Århus Amt har finansieret 7.500.000 kr. i 2006 p/l niveau årligt til Hospice Søholm. Regionen fortsætter denne finansiering i 2007.
  - Der er indgået en aftale om, at Århus Kommune varetager opgaven vedrørende posedialysepatienter med lav egenomsorgsevne. Århus Kommune modtager på årsbasis maksimalt 120.000 kr. pr. borger i posedialyse. Der modregnes betaling for de eventuelle dage, borgeren er indlagt på hospitalet. Der afregnes en gang årligt.

## **Samsø Kommune**

Den første samarbejdsaftale mellem Samsø Kommune og Århus Amt blev indgået i 2003. I forbindelse med omstrukturering og besparelser på hospitalsområdet i Århus Amt blev der forhandlet en ny samarbejdsaftale, som Brobyggerteamet er en del af. Målet for aftalen var bl.a. at sikre sammenhængende patientforløb, at undgå en række indlæggelser på fastlandet, samt at varetage ældre og kroniske syge patienters behov for sundhedsydelser.

Parterne, der har deltaget i forhandlingerne omkring sundhedsaftalen for Samsø, er foruden Region Midtjylland, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Samsø Kommune. Det bemærkes at Regionshospitalet Samsø er en del af Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

### **Formål med samarbejdsaftalen**

Formålet med samarbejdsaftalen er:

- at sikre sammenhængende patientforløb gennem et tæt samarbejde mellem primær- og sekundærsektor
- at styrke kompetencen hos sundhedspersonalet i såvel primær- som sekundærsektoren

### **Indhold**

Brobyggerteamet

Formål:

- At sikre et hensigtsmæssigt udskrivningsforløb og forebygge unødige indlæggelser.

Sammensætning:

Brobyggerteamet består af en regionalt ansat fysioterapeut, en kommunalt ansat ergoterapeut og en regionalt ansat social- og sundhedsassistent. Medarbejderne fungerer dels som team, og varetager derudover separate opgaver. Den lokale styregruppe skal hele tiden sikre optimal opgavefordeling og – varetagelse i brobyggerteamet.

Målgruppen:

- Patienter over 65 år, som derudover har et eller flere af følgende problemer:
- kronisk sygdom eller flere sygdomme (ofte kronisk lungesygge/hjertesygge)
- akut funktionstab i forbindelse med akut sygdom
- demente patienter, som har bedst af at være i hjemmet
- usikker social situation (sårbare patienter)
- andre patienter, som meget gerne vil udskrives hurtigt
- behov for hjemmepleje – og dermed samarbejde med kommunen
- tidligere skulle være langvarigt indlagt, men hvor situationen nu klares i hjemmet med fortsat udredning og behandling under tæt opfølgning

Opgaver:

Indlæggelse: For at undgå unødige indlæggelser foregår et bredt samarbejde med praktiserende læger, hjemmepleje, plejehjem, Regionshospitalet Samsø og brobyggerteamet.

Udskrivelse: Ved akut indlæggelse på Regionshospitalet Samsø vurderer brobyggerteamet i relevante tilfælde patientens funktionsniveau, mobilitet, mentale og psykiske status - og daglige færdigheder. Der lægges vægt på patientens og de pårørendes opfattelse af situationen, herunder ønsker og motivation. Brobyggerteamet påbegynder ved behov genoptræning under indlæggelsen.

Der afholdes udskrivningsmøde efter behov. Her kan plejehjemmets kontaktperson, en hjemmesygeplejerske eller en kommunal terapeut deltage.

Når det skønnes relevant, følger brobyggerteamet patienten hjem. Her følger brobyggertemaet op på behandling og pleje. Opgaverne videregives i et samarbejde til patient, pårørende, kommunale terapeuter, den praktiserende læge og hjemmeplejen.

#### *Aftale om udskrivelser fra Regionshospitalet Samsø*

Ved få dages indlæggelse:

Ved udskrivning af patient med uændret funktionsevne, kan udskrivningen aftales med den relevante hjemmesygeplejerske samme dag.

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

Vandrejournal ajourføres.

Længerevarende indlæggelse:

Hvis behov vil kontakt til brobyggerteamet være etableret under indlæggelse.

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

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

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

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

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

#### *Følgende karakteriserer den åbne indlæggelse:*

Åben indlæggelse er en aftale mellem hospitalsafdelingen og patienten, og den er lægeordineret ved udskrivelse eller sidste kontakt.

Patienten kan enten have en uhelbredelig sygdom, en hastigt fremadskridende sygdom, hvor der kan forventes forværring eller tilbagefald i patientens tilstand, eller en sygdom med behov for hurtigt indsættende lindrende behandling fra den afdeling, hvor patienten er i et forløb.

### **Genoptræning**

Hjemtagelse af genoptræning:

Samsø følger den opdeling af specialiseret og almindelig ambulant genoptræning, som Region Midtjylland og kommunerne i regionen er enedes om. Se bilag "Oversigt over almindelig ambulante genoptræningsopgaver, som Samsø Kommune ønsker at hjemtage".

Uddybende kommentarer til bilaget:

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

Skulder/albueopererede

- Knækirurgiske patienter med operationer på ligament, brusk, menisk
- ACL
- Idrætsklinik/skadepatienter

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

På det ortopædkirurgiske område er der for ergoterapi beskrevet, at komplicerede håndforløb, hvor hovedparten har gennemgået en operation, er en specialiseret sygehusopgave. Da der ikke er ansat en ergoterapeut på Regionshospitalet Samsø, varetages denne opgave samt ADL undersøgelse og træning i nogen grad af kommunalt ansat ergoterapeut (andre patienter behandles på hospitaler på fastlandet).

### **Aflastningspladser i Samsø Kommune**

Samsø Kommune råder pt. over 3 aflastningspladser.

Formålet med ophold på aflastningspladser kan være:

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

Ophold på aflastningspladser kan være af længere eller kortere varighed.

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

### **Forebyggelse og sundhedsfremme**

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

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

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

### **Fælles skolebænk**

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

### **Hjælpe midler**

Der er netop udsendt et nyt afgrænsningscirkulære som erstatning for afgrænsningscirkulæret vedrørende hjælpemidler og behandlingsredskaber fra 1975. Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

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

Regionshospitalet Samsø ønsker fortsat samarbejde med Samsø Kommune om organisering af hjælpemidler. Endelig aftale indgås, når afgrænsningscirkulæret er afklaret.

### **Omfang og økonomi**

Brobyggerteamet består af en regionalt ansat fysioterapeut, en kommunalt ansat ergoterapeut og en regionalt ansat social- og sundhedsassistent. Medarbejderne fungerer dels som team, og varetager derudover separate opgaver.

Registrering og finansiering vedr. brobyggerteamet og ergoterapeutfunktioner på sygehuset:

- Det skal vurderes hvorledes, registrering af brobyggerteamets funktioner, og ergoterapeutens andre funktioner på sygehuset registreres, og hvorledes kommunen kompenseres, så kommunen ikke betaler to gange for samme funktion.

### **Hjælpemiddelområdet**

Hjælpemiddelområdet er uafklaret.

#### *Patientskoler*

Udgifter hertil dækkes af Samsø Kommune og Region Midtjylland, således at udgifter til generelle kurser dækkes af kommunen, og udgifter til sygdomsspecifikke kurser dækkes af regionen.

#### *Fælles skolebænk*

Udgiften til fællesskolebænk dækkes ad hoc af Regionshospitalet Samsø og Samsø Kommune for egne deltagere.

### **Styregruppe og evaluering**

Lokalt niveau

Lokale styregrupper

Der nedsættes en styregruppe, der har ansvaret for, at det lokale samarbejde fungerer.

Styregruppen består af:

- Ledelsesrepræsentanter fra Samsø Kommune
- Ledelsesrepræsentanter fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
- Repræsentanter fra almen praksis
- Repræsentanter fra Region Midtjylland, Regionalt sundhedssamarbejde og Center for folkesundhed
- Sekretariatsbetjeningen varetages af region/hospital i fællesskab.

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

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

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

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

### **Ledelsessamarbejde**

Ledelsesrepræsentanter for Regionshospitalet Samsø, Samsø Sundhedsfremmecenter og Ældreområdet i Samsø Kommune mødes mindst en gang per måned eller efter behov. Formålet med møderne er at sikre et højt informationsniveau samt løbende evaluere og optimere patientforløb, driftsopgaver og samarbejde.

**Bilag:****Oversigt over almindelig ambulante genoptræningsopgaver, som Samsø Kommune ønsker at hjemtage**

Patientkategori/ Diagnoser	Hospitalsopgave	Kommunal opgave	Bemærkninger
<b>FYSIOTERAPI</b>			
<b>Neurologi</b>			
Apopleksi		X	Rehabilitering efter sygehusgenoptræning (kropsniveau) kan foregå tværfagligt i kommunen. Dog kan enkelte patientforløb kræve specialiseret genoptræning.
Hjerneskadet traumepatienter	X	X	Der er få patienter i kommunalt regi. Initielt kan enkelte patientforløb for denne patientgruppe være speciel.
ALS	X	X	Patienter får hjælp af udgående teams. Hospitalerne har en konsulentfunktion i genoptræningsforløbet. Det er vedligeholdelsestræning, som i dag ydes som vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren. Få patienter.
DS		X	Ydes i dag som vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren.
Parkinson		X	Ydes i dag som vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren
Polyradikulit/polyneuropathi		X	
Para-/Tetraplegi	X	X	
<b>Reumatologi</b>			
<u>Konservativt behandlede rygpatienter</u>			
Akutte rygambulatorium	X		Højtspecialiseret opgave, som kræver et tværfagligt team.
Holdtræning		X	Der er en stor patientgruppe
Gigtskole	X		Som led i behandling/udredning er der et tværfagligt undervisningstilbud til nydiagnosticerede patienter. Kommunerne kan overtage en del af genoptræningsopgaven på sigt.

Patientkategori/ Diagnoser	Hospitalsopgave	Kommunal opgave	Bemærkninger
Osteoporosehold		X	Som led i behandling/udredning er der et tværfagligt undervisningstilbud til nydiagnosticerede patienter. Kommunerne kan overtage en del af genoptræningsopgaven på sigt. Nogle kronikerforløb vil være en tværfaglig specialiseret opgave
Bindevævslidelser	X		
Diabeteskole	X	X	
KOL	X	X	Patienterne introduceres til genoptræningen på hospitalerne, mens kommunerne varetager selve genoptræningen. Regionen og kommunerne kan indgå aftaler om en bedre tilrettelæggelse af genoptræningen – KOL-patientgruppen er et udviklingsområde. Det skal afklares, hvornår KOL-patienterne skal være i henholdsvis hospitals- og kommunalt regi. Dette kan være en del af kronikerprogramme, hvor det jo kan være en sygehusopgave.
<u>Hjertehold</u>			
Fase 1 og 2	X		Fordelingen af opgaver følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
Fase 3		X	
<b>Ortopædkirurgi</b>			
Akutte skadespatienter med skade i skulder, arm, ben eller ryg, kompliceret forløb	X		Kræver tæt lægefaglig dækning/højtspecialiserede terapeuter, f.eks. komplicerede skulderoperationer og mosaikoperationer i knæet m.m. Ved fælles skolebænk og lignende tværsektorielle kompetenceudviklingstiltag vil nogle genoptræningsopgaver kunne flyttes til kommunerne.
Akutte skadespatienter med skade i skulder, arm, ben eller ryg, ukompliceret forløb		X	Ukomplicerede coll.humfrakt, albuer, fødder, frakt.ankel, achillesoperationer, rygfrakturer, skuldre, coll.hum.frakt., knæ, albuer, fødder, ankelfrakt., nakker. Her kan der være en potentiel stigning i aktiviteten med baggrund i at mange opgaver har været løst hos praktiserende fysioterapeut, hvor patienten har medfinansieret træningforløbet.



Patientkategori/ Diagnoser	Hospitalsopgave	Kommunal opgave	Bemærkninger
Hoftenære frakturer		X	
Hoftealloplastik		X	Patienterne screenes af terapeuter på hospitalerne m.h.p. tilrettelæggelse af genoptræningen, som foregår i kommunerne <sup>1</sup> .
Knæalloplastik		X	Patienterne screenes af terapeuter på hospitalerne m.h.p. tilrettelæggelse af genoptræningen, som foregår i kommunerne.
Benamputation		X	(Kommunal opgave.) Stor variation i hospitalernes tilbud i dag. I Hammel har man gangskole for benamputerede m. ganganalyse laboratorium (vilkårene for ganskolen bør evt. afklares – er det indlagte forløb eller ren ambulatorium?). Kræver, at bandagisten kan komme til kommunens genoptræningssted med henblik på tilpasning af protese m.m.
Rygopererede patienter, diskusprolaps		X	Ryghold
Deseopererede	X	X	Første (12 uger) er en del af genoptræningen specialiseret. Derefter er det almindelig ambulant genoptræning.
Skulder/albueopererede patienter, skulderalloplastik	X	X	Det kan være både specialiseret og almindelig ambulant genoptræning. (Dette er en tidskrævende genoptræningsopgave.) Det er komplikationerne ved det individuelle patientforløb som afgør hvor opgaven placeres.
Knækirurgiske patienter med operationer på ligament, brusk, menisk	X	X	Hovedparten af patienterne har behov for specialiseret genoptræning.
ACL	X	X	(Det kan være både specialiseret og almindelig ambulant genoptræning.)
Idrætsklinik/skadespatienter	X	X	Tværfaglig diagnosticering og opfølgning. (Det kan være både specialiseret og almindelig ambulant genoptræning.)
<b>Gynækologi</b>			
Decensusopererede patienter	X	X	
Incontinenspatienter	X	X	Første del af genoptræningen er specialiseret. Derefter er det almindelig ambulant genoptræning.
Incontinens-hold		X	
Graviditetsbetingede bækkensmerter	X	X	

<sup>1</sup> Patienter der får foretaget realloplastik kan være specialiseret genoptræning. Gør sig især gældende for landdelsfunktionerne i Århus.

Patientkategori/ diagnoser	Hospitalsopgave	Kommunal opgave	Bemærkninger
<b>ERGOTERAPI</b>			
<b>Intern medicin</b>			
KOL-patienter	X	X	Udviklingsområde. Specialviden inden for området er nødvendigt, i det tværfaglige team udgøres af faggrupper med specialviden inden for lungemedicin.
Diabeteskole	X	X	
<b>Neurologi</b>			
Almen neurologiske patienter	X		I meget særlige tilfælde sker der en ambulant opfølgende samtale med en patient, som har været indlagt.
Parkinson		X	Hospitalerne har ikke et tilbud i dag.
Apopleksi		X	
Traumatisk hjerneskade		X	
Polyradikulit/polyneuropati		X	
Para-/Tetraplegi	X	X	
<b>Ortopædkirurgi</b>			
Ukomplerede håndforløb, hvor hovedparten ikke har gennemgået en operation		X	Patientgruppen ses kun til behandling hos en ergoterapeut, når de overgår til komplicerede tilfælde. Selvtræning.
Komplicerede håndforløb, hvor hovedparten har gennemgået en operation	X		Specialistopgave, som udføres i nært samarbejde med lægen, som har udført operationen.
<b>Reumatologi</b>			
Gigtskole	X		Som led i behandling/udredning er der et tværfagligt undervisningstilbud til nydiagnosticerede patienter. Kommunerne kan overtage genoptræningsopgaven på sigt.
Osteoporosehold		X	Som led i behandling/udredning er der et tværfagligt undervisningstilbud til nydiagnosticerede patienter. Kommunerne kan overtage genoptræningsopgaven på sigt
Bindevævslidelser	X		.

## Silkeborg Kommune

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

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

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

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

### **Værdier for samarbejdet**

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

#### *Aftalen har til formål at*

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

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

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

- Samarbejdsstruktur:

Særskilt for sundhedsklyngen omkring Regionshospitalet Silkeborg gælder:

I det følgende foreslås en organisering og struktur for det fremtidige samarbejde mellem Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter samt Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner og de praktiserende læger. Samarbejdsstrukturen gælder alle obligatoriske somatiske områder i sundhedsaftalen.

#### *Følgegruppe*

Der foreslås etableret en følgegruppe bestående af de tre kommuner, regionshospitalet samt praksissektoren, som danner en overordnet følgegruppe for ideudvikling af fælles projekter og initiativer, erfaringsudveksling samt et værdibaseret samarbejde.

I følgegruppen skal der være repræsentanter fra alle samarbejdsparter på ledelsesniveau det vil sige sundheds-, ældre- handicap- og socialchefer fra kommunerne alt afhængig den enkelte kommunes organisering, repræsentanter fra hospitalsledelsen samt for hospitalets vedkommende praksiskonsulenten og for kommunernes vedkommende kommunale lægekonsulenter.

Det vil derudover være hensigtsmæssigt med en repræsentant fra Region Midtjyllands Afdeling for Regionalt Sundhedssamarbejde, hvor sundhedsaftalerne er forankret evt. en medarbejder fra Center for Folkesundhed taget i betragtning af, at der for sundhedsklyngens vedkommende bliver tale om et forum for ideudvikling og fremsynet planlægning.

Der stilles følgende forslag til en struktur for samarbejdet i følgegruppen:

- Der afholdes møde tre gange årligt
- Regionshospitalet har formandskabet, der er forankret hos hospitalsledelsen.
- Sekretærfunktionen for sundhedsklyngen er ligeledes forankret hos regionshospitalet.

Følgegruppen udarbejder på dens første møde et kommissorium.

#### *Styregrupper for hver af de tre kommuner*

Den ovenstående følgegruppe skal forstås som et supplement til de tre styregrupper, der foreslås etableret mellem hver af de tre kommuner og regionshospitalet.

I styregrupperne forhandles de endelige sundhedsaftaler løbende og der indgås konkrete aftaler (der kan være fælles for alle tre kommuner) på et overordnet strategisk niveau. Den primære drøftelse finder således sted om principielle problemstillinger i relation til samarbejdet mellem den enkelte kommune og hospitalet.

Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra den enkelte kommune og hospitalet på ledelses- og driftsniveau. Hospitalet foreslås således repræsenteret ved hospitalsledelsen og afdelingsledelseskredsen samt praksiskonsulenten, mens kommunen kan være repræsenteret ved eksempelvis direktøren, en ældrechef, en til to områdeledere samt en kommunal lægekonsulent. Desuden inviteres en repræsentant fra Bylægeforeningen til at deltage i samarbejdet.

Der stilles følgende forslag til en struktur for styregruppesamarbejdet:

- Styregruppen mødes to gange årligt eller efter behov.
- Formandskabet går på skift, således hospitalet varetager formandskabet i ulige år, mens kommunen varetager formandskabet i lige år.
- Der udarbejdes en samlet årlig opfølgning på samarbejdet og dets resultater.
- Sekretariatsfunktionen følger formandskabet.

De enkelte styregrupper udarbejder på de første møder et kommissorium.

#### *Kontaktgrupper for hver af de tre kommuner*

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

I kontaktgruppen sidder der både ledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter fra såvel hospitalet som kommunen. Sammenhængen mellem de enkelte styregrupper og de tilhørende kontaktgrupper opnås ved, at der på ledelsesniveau er gennemgående personer fra såvel hospitalet og fra kommunen i de to grupper.

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

- Kontaktgruppen mødes mindst én gang i kvartalet
- Formandskabet går på skift, således varetager kommunen formandskabet i de lige år, mens hospitalet varetager formandskabet i ulige år.
- Referent vælges blandt kontaktgruppens medlemmer.
- Referatet sendes til orientering til styregruppen.
- Ledelsesrepræsentanterne, som også er repræsenteret i styregruppen, er ansvarlige for løbende at orientere styregruppen om kontaktgruppens arbejde.
- Kontaktgruppen giver en årlig beretning til styregruppen.

#### **Aftale om indlæggelsesforløb:**

Krav 1:

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

Krav 2:

Der ansættes praksiskonsulent i Silkeborg Kommune.

Silkeborg Kommune indgår sammen med Skanderborg og Favrskov kommuner samt Regionshospitalet Silkeborg i en fælles udvikling af patientuddannelser og patientskoler.

Silkeborg Kommune har indgået aftale om Shared Care-team jf. nedenfor

Silkeborg Kommune har etableret rehabiliteringstilbud, døgn- og dagtilbud i Genoptræningscentret, Remstruplund

#### *Mobillaborantordningen:*

Mobillaborantordningen er et tilbud, der retter sig mod ældre borgere i eget hjem eller i plejehjem, som er forhindret i at møde op på hospitalets centrallaboratorium i forbindelse med blodprøvetagning. I stedet kommer en bioanalytiker fra hospitalet ud i den ældres hjem og tager de fornødne prøver.

#### *Palliativt team og ilt-sygeplejerske:*

Regionshospitalet Silkeborg har Palliativt team og ilt-sygeplejerske.

#### *Initiativer omkring fælles skolebænk:*

Der findes allerede eksisterende initiativer omkring fælles skolebænk i forhold til eksempelvis stomipatienter og sårpleje.

*Shared care:*

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

Hvad angår økonomien i Shared Care-teamet er det aftalt, at Region Midtjylland og Regionshospitalet Silkeborg fra 1/1 2008 finansierer ordningen med 750.000 kr. årligt. Den resterende halvdel på 750.000 kr. deles af Silkeborg og Skanderborg Kommuner, fordelt efter forbrug.

**Aftale om udskrivningsforløb:**

Krav 1:

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

*Generelle retningslinjer ved udskrivelse:*

Når borgere, der er omfattet af kommunens hjemmepleje, forberedes til udskrivelse sørger hospitalet for, at hjemmeplejen så tidligt som muligt får oplysninger om forventet pleje- og omsorgsbehov, status for funktions- og færdighedsniveau og behov for eventuelle hjælpemidler.

Hospitalet sørger for ved udskrivelsen for, at borgeren eller dennes pårørende har relevante recepter og mulighed for at hente medicin. Er dette ikke muligt indtelefoner den udskrivende læge recepterne og bestiller udbringning fra apoteket. Borgeren får medicin med hjem til den første efterfølgende dag.

Med borgerens samtykke sendes epikrise til den praktiserende læge og plejeplan til hjemmeplejen.

Hospitalet socialrådgiver tager kontakt til kommunens socialrådgiver ved borgere med sociale problemstillinger.

I praksis arbejdes der ikke med frister i forbindelse med udskrivning, i det der tages udgangspunkt i det værdibaserede samarbejde.

Krav 3:

Silkeborg Kommune har indgået aftale om Shared Care Team – se krav 2 under indlæggelse

Silkeborg Kommune har Genoptræningscentret Remstruplund – rehabiliteringstilbud iht serviceloven. 10 døgnpladser og 8 dagpladser.

Regionshospitalet Silkeborg udbyder Palliativt Team og ilt-sygeplejerske.

Regionshospitalet Silkeborg og Skanderborg, Silkeborg og Favrskov kommuner ønsker som et led i at sikre en hurtig udskrivning fra hospitalet i fællesskab at tilbyde visse patientkategorier forløb i sygdomsspecifikke patientskoler - se kapitlet vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme for en uddybning heraf.

Som et supplement til patientskolerne ønsker Regionshospitalet Silkeborg, Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner ligeledes i et fællesskab at etablere patientuddannelse efter Sundhedsstyrelsens patientuddannelsesprogram "Lær at leve med kronisk sygdom" – se kapitlet vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme for en uddybning heraf.

### **Aftale om genoptræning:**

Krav 1:

For nogle borgere kan det være relevant at følge et forløb i en af de patientskoler, som samarbejdspartnerne ønsker at etablere i et fællesskab – se afsnittet vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme for en uddybning heraf.

Silkeborg Kommune overtager den almindelige ambulante genoptræning pr. 1. april 2007.

Krav 5:

Hospitalet og kommunerne ønsker at fortsætte initiativerne omkring fælles skolebænk i forhold til tværsektorielle genoptræningsaktiviteter. Der er ligeledes planer om at etablere følorder for kommunens terapeuter, hvor en kommunal terapeut følger en terapeut på hospitalet i forhold til at tilegne sig særlige faglige færdigheder.

### **Aftale om hjælpemidler**

Krav 1:

Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til de centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

Krav 2:

Samarbejdspartnerne vil drøfte mulighederne for fælles platforme og samarbejde på hjælpemiddelområdet, og vil i den forbindelse inddrage erfaringerne og overvejelserne fra samarbejdet i klyngen omkring Regionshospitalet Randers.

### **Aftale om forebyggelse og sundhedsfremme:**

Krav 1:

Tobaksprojekt:

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

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

Der skal iværksættes en særlig intensiveret indsats overfor storrygere, rygere der er kronisk syge eller andre særlige risikogrupper. Ofte vil det være hospitalet, der starter en indsats, hvorefter kommunerne skal have et opfølgende tilbud efter behandlingsforløbet. Det kan f.eks.

være i regi af patientskoler/patientuddannelser, hvorfor kommunerne vil tænke rygeafvænnning ind i planlægningen af patientuddannelsesaktiviteter.

Der tilbydes rygestoptilbud til alle kommunale medarbejdere. Kommunerne vil skabe og understøtte tilbud, der har til formål at hjælpe private virksomheder, organisationer og ungdomsuddannelsesinstitutioner i lokalområdet med at indføre røgfrie miljøer og rygestop.

Kommunerne vil arbejde med tidlig indsats om rygningens skadelige virkninger. Projektet finansieres med 1.6 mil. kr. over to år fordelt mellem de to kommuner efter befolkningsandel. Regionhospitalet Silkeborg bidrager med 100.000 kr. årligt.

#### *Patientskoler/uddannelse:*

Regionhospitalet Silkeborg og Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner har indgået aftale om i fællesskab at etablere patientuddannelse og patientskoler. Der afsættes 500.000 kr. årligt over tre år til ansættelse af en fælles koordinator. Region Midtjylland og Regionhospitalet Silkeborg finansierer halvdelen, mens de tre kommuner fordeler de resterende 250.000 kr. mellem sig efter befolkningsandel.

Patientuddannelse følger principperne i Sundhedsstyrelsens patientuddannelsesprogram "Lær at leve med kronisk sygdom". Den praktiserende læge og hospitalet kan henvise til patientuddannelsesforløb, ligesom den kommunale hjemmepleje i samråd med praktiserende læge har mulighed for at visitere patienter til patientuddannelsen.

Der findes intet standardiseret program for organiseringen af patientskoler tilsvarende det omtalte program for patientuddannelse. Samarbejdspartnerne har valgt at definere patientskoler ud fra de kriterier, som man på Regionhospitalet Grenaa har anvendt for afgrænsningen af patientskoleaktiviteter. Det er en forudsætning, at patienter, der henvises til patientskoler, er motiverede for selv at gøre en aktiv indsats for at forbedre deres helbred. Patientskolerne kræver "fagspecifik" henvisning, som bør varetages af sundhedsfagligt personale, hvorfor de oplagte aktører i en visitationssammenhæng er hospitalet samt de privatpraktiserende læger.

#### *Center for Bevægeapparatlidelser:*

Samarbejdet om Center for Bevægeapparatlidelser fortsætter foreløbigt projektperioden ud (ultimo 2008).



## Skanderborg Kommune

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

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

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

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

### *Værdier for samarbejdet*

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

### *Aftalen har til formål at*

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

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

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

### *Samarbejdsstruktur*

I det følgende foreslås en organisering og struktur for det fremtidige samarbejde mellem Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter samt Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner og de praktiserende læger. Samarbejdsstrukturen gælder alle obligatoriske somatiske områder i sundhedsaftalen.

#### *Følgegruppe*

Der foreslås etableret en følgegruppe bestående af de tre kommuner, regionshospitalet samt praksissektoren, som danner en overordnet følgegruppe for ideudvikling af fælles projekter og initiativer, erfaringsudveksling samt et værdibaseret samarbejde.

I følgegruppen skal der være repræsentanter fra alle samarbejdsparter på ledelsesniveau det vil sige sundheds-, ældre- handicap- og socialchefer fra kommunerne alt afhængig den enkelte kommunes organisering, repræsentanter fra hospitalsledelsen samt for hospitalets vedkommende praksiskonsulenten og for kommunernes vedkommende kommunale lægekonsulenter.

Det vil der ud over være hensigtsmæssigt med en repræsentant fra Region Midtjyllands Afdeling for Regionalt Sundhedssamarbejde, hvor sundhedsaftalerne er forankret evt. en medarbejder fra Kompetencecenter for Folkesundhed taget i betragtning af, at der for sundhedsklyngens vedkommende bliver tale om et forum for ideudvikling og fremsynet planlægning.

Der stilles følgende forslag til en struktur for samarbejdet i følgegruppen:

- Der afholdes møde tre gange årligt
- Regionshospitalet har formandskabet, der er forankret hos hospitalsledelsen.
- Sekretærfunktionen for sundhedsklyngen er ligeledes forankret hos regionshospitalet.

Følgegruppen udarbejder på dens første møde et kommissorium.

#### *Styregrupper for hver af de tre kommuner*

Den ovenstående følgegruppe skal forstås som et supplement til de tre styregrupper, der foreslås etableret mellem hver af de tre kommuner og regionshospitalet.

I styregrupperne forhandles de endelige sundhedsaftaler løbende og der indgås konkrete aftaler (der kan være fælles for alle tre kommuner) på et overordnet strategisk niveau. Den primære drøftelse finder således sted om principielle problemstillinger i relation til samarbejdet mellem den enkelte kommune og hospitalet.

Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra den enkelte kommune og hospitalet på ledelses- og driftsniveau. Hospitalet foreslås således repræsenteret ved hospitalsledelsen og afdelingsledelseskredsen samt praksiskonsulenten, mens kommunen kan være repræsenteret ved eksempelvis direktøren, en ældrechef, en til to områdeledere samt en kommunal lægekonsulent. Desuden inviteres en repræsentant fra Bylægeforeningen til at deltage i samarbejdet.

Der stilles følgende forslag til en struktur for styregruppesamarbejdet:

- Styregruppen mødes to gange årligt eller efter behov.
- Formandskabet går på skift, således hospitalet varetager formandskabet i ulige år, mens kommunen varetager formandskabet i lige år.
- Der udarbejdes en samlet årlig opfølgning på samarbejdet og dets resultater.
- Sekretariatsfunktionen følger formandskabet.

De enkelte styregrupper udarbejder på de første møder et kommissorium.

### *Kontaktgrupper for hver af de tre kommuner*

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

I kontaktgruppen sidder der både ledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter fra såvel hospitalet som kommunen. Sammenhængen mellem de enkelte styregrupper og de tilhørende kontaktgrupper opnås ved, at der på ledelsesniveau er gennemgående personer fra såvel hospitalet og fra kommunen i de to grupper.

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

- Kontaktgruppen mødes mindst én gang i kvartalet
- Formandskabet går på skift, således varetager kommunen formandskabet i de lige år, mens hospitalet varetager formandskabet i ulige år.
- Referent vælges blandt kontaktgruppens medlemmer.
- Referatet sendes til orientering til styregruppen.
- Ledelsesrepræsentanterne, som også er repræsenteret i styregruppen, er ansvarlige for løbende at orientere styregruppen om kontaktgruppens arbejde.
- Kontaktgruppen giver en årlig beretning til styregruppen.

### **Aftale om indlæggelsesforløb**

Krav 1:

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

Krav 2:

Mobillaborantordning:

Mobillaborantordningen er et tilbud, der retter sig mod ældre borgere i eget hjem eller i plejehjem, som er forhindret i at møde op på hospitalets centrallaboratorium i forbindelse med blodprøvetagning. I stedet kommer en bioanalytiker fra hospitalet ud i den ældres hjem og tager de fornødne prøver.

*Palliativt team og ilt-sygeplejerske:*

Regionshospitalet Silkeborg har Palliativt team og ilt-sygeplejerske.

*Initiativer omkring fælles skolebænk*

Der findes allerede eksisterende initiativer omkring fælles skolebænk i forhold til eksempelvis stomipatienter og sårpleje.

*Shared care*

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

Hvad angår økonomien i Shared Care-teamet er det aftalt, at Region Midtjylland og Regionshospitalet Silkeborg fra 1/1 2008 finansierer ordningen med 750.000 kr. årligt. Den resterende halvdel på 750.000 kr. deles af Silkeborg og Skanderborg Kommuner, fordelt efter forbrug.

### **Aftale om udskrivningsforløb**

Krav 1:

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

#### *Generelle retningslinjer ved udskrivelse*

Når borgere, der er omfattet af kommunens hjemmepleje, forberedes til udskrivelse sørger hospitalet for, at hjemmeplejen så tidligt som muligt får oplysninger om forventet pleje- og omsorgsbehov, status for funktions- og færdighedsniveau og behov for eventuelle hjælpemidler.

Hospitalet sørger for ved udskrivelsen for, at borgeren eller dennes pårørende har relevante recepter og mulighed for at hente medicin. Er dette ikke muligt indtelefonerer den udskrivende læge recepterne og bestiller udbringning fra apoteket. Borgeren får medicin med hjem til den første efterfølgende dag.

Med borgerens samtykke sendes epikrise til den praktiserende læge og plejeplan til hjemmeplejen.

Hospitalet socialrådgiver tager kontakt til kommunens socialrådgiver ved borgere med sociale problemstillinger.

I praksis arbejdes der ikke med frister i forbindelse med udskrivning, i det der tages udgangspunkt i det værdibaserede samarbejde.

Krav 3:

Regionshospitalet Silkeborg og Skanderborg, Silkeborg og Favrskov kommuner ønsker som et led i at sikre en hurtig udskrivning fra hospitalet i fællesskab at tilbyde visse patientkategorier forløb i sygdomsspecifikke patientskoler - se kapitlet vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme for en uddybning heraf.

Som et supplement til patientskolerne ønsker Regionshospitalet Silkeborg, Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner ligeledes i et fællesskab at etablere patientuddannelse efter Sundhedsstyrelsens patientuddannelsesprogram "Lær at leve med kronisk sygdom" - se kapitlet vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme for en uddybning heraf.

### **Aftale om genoptræning**

Krav 1:

Regionshospitalet Silkeborg og Skanderborg Kommune har aftalt at indgå en 1-årig kontrakt om hospitalets varetagelse af den almindelige ambulante genoptræning på Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter. Kontrakten genforhandles løbende.

For nogle borgere kan det være relevant at følge et forløb i en af de patientskoler, som samarbejdspartenerne ønsker at etablere i et fællesskab - se afsnittet vedr. Forebyggelse og sundhedsfremme for en uddybning heraf.

Krav 5:

Hospitalet og kommunerne ønsker at fortsætte initiativerne omkring fælles skolebænk i forhold til tværsektorielle genoptræningsaktiviteter. Der er ligeledes planer om at etablere følorderinger for kommunens terapeuter, hvor en kommunal terapeut følger en terapeut på hospitalet i forhold til at tilegne sig særlige faglige færdigheder.

Aftale om hjælpemidler:

Krav 2:

Samarbejdspartnerne vil drøfte mulighederne for fælles platforme og samarbejde på hjælpemiddelområdet, og vil i den forbindelse inddrage erfaringerne og overvejelserne fra samarbejdet i klyngerne omkring Regionshospitalet Randers.

### **Aftale om forebyggelse og sundhedsfremme:**

Krav 1:

Tobaksprojekt:

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

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

Der skal iværksættes en særlig intensiveret indsats overfor storrygere, rygere der er kronisk syge eller andre særlige risikogrupper. Ofte vil det være hospitalet, der starter en indsats, hvorefter kommunerne skal have et opfølgende tilbud efter behandlingsforløbet. Det kan f.eks. være i regi af patientskoler/patientuddannelser, hvorfor kommunerne vil tænke rygeafvænningsindsatser ind i planlægningen af patientuddannelsesaktiviteter.

*Der tilbydes rygestoptilbud til alle kommunale medarbejdere.*

Kommunerne vil skabe og understøtte tilbud, der har til formål at hjælpe private virksomheder, organisationer og ungdomsuddannelsesinstitutioner i lokalområdet med at indføre røgfrie miljøer og rygestop.

*Kommunerne vil arbejde med tidlig indsats om rygningens skadelige virkninger.*

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

*Patientskoler/uddannelse*

Regionshospitalet Silkeborg og Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner har indgået aftale om i fællesskab at etablere patientuddannelse og patientskoler. Der afsættes 500.000 kr. årligt over tre år til ansættelse af en fælles koordinator. Region Midtjylland og Regionshospitalet Silkeborg finansierer halvdelen, mens de tre kommuner fordeler de resterende 250.000 kr. mellem sig efter befolkningsandel.

Patientuddannelse følger principperne i Sundhedsstyrelsens patientuddannelsesprogram "Lær at leve med kronisk sygdom". Den praktiserende læge og hospitalet kan henvise til patientuddannelsesforløb, ligesom den kommunale hjemmepleje i samråd med praktiserende læge har mulighed for at visitere patienter til patientuddannelsen.

Der findes intet standardiseret program for organiseringen af patientskoler tilsvarende det omtalte program for patientuddannelse. Samarbejdspartnerne har valgt at definere patientskoler ud fra de kriterier, som man på Regionshospitalet Grenaa har anvendt for afgrænsningen af patientskoleaktiviteter. Det er en forudsætning, at patienter, der henvises til patientskoler, er motiverede for selv at gøre en aktiv indsats for at forbedre deres helbred. Patientskolerne kræver "fagspecifik" henvisning, som bør varetages af sundhedsfagligt personale, hvorfor de oplagte aktører i en visitationssammenhæng er hospitalet samt de privatpraktiserende læger.

Skanderborg Kommune ønsker, under forudsætning af at det nødvendige udstyr er til stede, at Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter lægge lokaler til patientskoleforløb.

*Center for Bevægeapparatlidelser*

Samarbejdet om Center for Bevægeapparatlidelser fortsætter foreløbig projektperioden ud (ultimo 2008).

Krav 4:

Regionshospitalet Silkeborg og Skanderborg Kommune planlægger et fælles samarbejde omkring overvægtige gravide.

## Viborg Kommune

### Indlæggelse og udskrivning:

Elektronisk kommunikation:

Den allerede velfungerende elektroniske kommunikation mellem hospital og kommune i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsadviser skal udvides til at omfatte flere områder – herunder genoptræningsplaner.

Parterne prioriterer området højt og er villige til at indgå i pilottest, hvor det er relevant.

Udgående teams

De eksisterende udgående teams fra hospitalet fortsætter uændret. Det omfatter:

- KOL/ilt sygeplejersker
- Det palliative team
- ALS
- Allergisanering ved ergoterapeut

Endvidere fortsætter den kørende laborantordning for gammel Skive og Viborg kommuner. En udvidelse af denne service er en mulighed, hvis Regionen skønner, at der er økonomisk grundlag derfor.

Parterne er enige om, at det skal afsøges, om der er potentiale for etablering af udgående teams på andre områder. Der etableres ikke yderligere udgående teams uden dialog parterne imellem.

### Opfølgning på aftalen

Parterne etablerer et samarbejde i tre niveauer:

- En lokal styregruppe for hele klyngen (Viborg, Skive Kommuner) på det strategiske niveau. Deltagerne er repræsentanter på direktionniveau fra kommuner, hospital og region. Formålet er udveksling af ideer/udviklingsarbejde samt overordnet opfølgning på aftalerne.
- En faglig følgegruppe (Kontaktforum), hvor ansvarlige ledere og chefer deltager. Formålet er opfølgning på aftalerne
- Ad-hoc grupper i regi af kontaktforum. Deltagerne er som ovenfor og relevante fagpersoner. Formålet med disse grupper er konkret opfølgning og faglig indsats. Eksempelvis vedr. genoptræning, kronikerområdet og hjælpemiddelområdet.
- Vidensdeling
- Kombinationsstillinger

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

Manual for anvendelse af sundhedsaftalen (tillæg)

Procedurer for fremtidsmøder:

For fremtidsmøder mellem Regionshospitalet Viborg og Kommunerne aftales følgende:

- Hvis kontaktpersonen på hospitalet eller kommunal visitator skønner det nødvendigt, aftales fremtidsmøde inden udskrivelse. Eventuelle hjemmebesøg bør være afviklet før fremtidsmødet.
- Kontaktpersonen på hospitalet er ansvarlig for at aftale og afvikle mødet (mødeleder)

- Kontaktpersonen på hospitalet skaffer sig overblik over borgerens aktuelle funktionsniveau
- Visitator skal have overblik over hvilke tilbud kommunen kan give
- Fremtidsmøder afvikles indenfor 48 timer efter henvendelse fra hospitalet eller kommunen

### **Varslingsfrister ved udskrivning**

Patient med uændret funktionsevne:

- Kan hjemsendes samme dag før kl. 14
- Patient med nedsat funktionsevne: Tidligst muligt, mindst 72 timers varsel, borgere i plejeboliger kan udskrives i weekend hvis kontakt til visitator inden kl. 12 fredag
- Patient med nedsat funktionsevne og behov for særlige hjælpemidler: 72 timer efter færdigbehandlingsdatoen er fastsat
- Patient med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer: 168 timers (7 døgn) varsel efter færdigbehandlingsdatoen er fastsat

### **Træningsområdet:**

*Projekt om anvendelse af ICF*

Viborg Kommune og Regionshospitalet Skive har iværksat et projekt om anvendelse af ICF til kvalificering og effektivisering af kommunikation og koordination mellem hospital og kommune vedr. senhjerneskadedes funktionsevne og til dokumentation af kommunens rehabiliteringsindsats.

Målgruppen for projektet er ansatte i Viborg Kommune. Der er nedsat en styregruppe for projektet med deltagere fra Viborg Kommune, Regionshospitalet Viborg og Region Midtjylland.

#### *Genoptræningsplaner*

Parterne er enige om at hospitalet fortsætter med at lave deres genoptræningsplaner i EPJ. De nye lovkrav for indhold af genoptræningsplaner indarbejdes.

Når MedCom standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk ved anvendelse af MedCom-standard.

Parterne er enige om, at evaluere de første 10-15 udsendte genoptræningsplaner, for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

### **Hjælpemiddelområdet**

Nedsættelse af lokal arbejdsgruppe vedrørende hjælpemidler

Der nedsættes en lokal arbejdsgruppe vedrørende hjælpemidler. Det er i 2007 hensigten at arbejde med:

- Kommunalt/regionalt samarbejde om hjælpemidler
- Samarbejde vedrørende nagelfaste installationer
- Samarbejde om bariatriske (ekstremt overvægtige) patienter

### **Forebyggelse og sundhedsfremme herunder patientrettet forebyggelse**

Etablering af arbejdsgruppe for den fælles kronikerindsats.

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der omfatter repræsentanter fra Viborg kommune, Skive kommune, Regionshospitalet Viborg, Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed i Region Midtjylland samt praksis.



I regi af gruppen skal eksisterende projekter og indsatsområder i regionalt og hospitalsregi afklares. Desuden vil der kunne ske koordination og målretning/sparring af den kommunale indsats i gruppen. Målet er, at skabe sammenhængende forløb for borgere, således at alle, der har behov for en yderligere indsats efter hospitalsindlæggelse, også får tilbud derom i kommunalt regi. Region Midtjylland tager initiativ og varetager sekretariatsfunktionen.

De områder kommunerne og hospitalet er enige om at prioritere er:

- KOL
- Hjerte-/karlidelser
- Diabetes
- Kræftrehabilitering

Der er i regi af Arbejdsmedicinsk klinik i Skive to projekter vedrørende hurtig indsats overfor patienter med stressbetingede lidelser og hurtig klinisk udredning af personer med rygsygdomme.

Begge projekter er i evalueringsfasen. For projektet vedrørende stressbetingede lidelser er parterne er positivt indstillede for en videreføres projektet, hvis evalueringerne viser positive effekter og hvis de økonomiske forudsætninger i region og kommuner er tilstede.

For projektet vedrørende klinisk udredning af personer med ryglidelser vil kommunen deltage i det videre arbejde om snitfladerne mellem sektorerne. Arbejdsmedicinsk klinik indkalder kommunen til evalueringsmøde når denne er færdig.

## **Skive Kommune**

### **Indlæggelse og udskrivning**

Elektronisk kommunikation:

Den allerede velfungerende elektroniske kommunikation mellem hospital og kommune i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsadviser skal udvides til at omfatte flere områder – herunder genoptræningsplaner.

Parterne prioriterer området højt og er villige til at indgå i pilottest, hvor det er relevant.

### **Udgående teams**

De eksisterende udgående teams fra hospitalet fortsætter uændret. Det omfatter:

- KOL/ilt sygeplejersker
- Det palliative team
- ALS

Endvidere fortsætter den kørende laborantordning for gammel Skive og Viborg kommuner. En udvidelse af denne service er en mulighed, hvis Regionen skønner, at der er økonomisk grundlag derfor.

Parterne er enige om, at det skal afsøges, om der er potentiale for etablering af udgående teams på andre områder. Der etableres ikke yderligere udgående teams uden dialog parterne imellem.

### **Opfølgning på aftalen**

Parterne etablerer et samarbejde i tre niveauer:

- Lokal styregruppe for hele klyngen (Viborg, Skive Kommuner) på det strategiske niveau. Deltagerne er repræsentanter på direktionniveau fra kommuner, Hospital og Region. Formålet er udveksling af ideer/udviklingsarbejde samt overordnet opfølgning på aftalerne.
- En faglig følgegruppe (Kontaktforum), hvor ansvarlige ledere og chefer deltager. Formålet er opfølgning på aftalerne
- Ad-hoc grupper i regi af kontaktforum. Deltagerne er som ovenfor og relevante fagpersoner. Formålet med disse grupper er konkret opfølgning og faglig indsats. Eksempelvis vedr. genoptræning, kronikerområdet og hjælpemiddelområdet.

### *Kombinationsstillinger*

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

### *Manual for anvendelse af sundhedsaftalen (tillæg)*

Procedurer for fremtidsmøder

For fremtidsmøder mellem Regionshospitalet Viborg og Kommunerne aftales følgende:

- Hvis kontaktpersonen på hospitalet eller kommunal visitator skønner det nødvendigt, aftales fremtidsmøde inden udskrivelse. Eventuelle hjemmebesøg bør være afviklet før fremtidsmødet.
- Kontaktpersonen på hospitalet er ansvarlig for at aftale og afvikle mødet (mødeleder)
- Kontaktpersonen på hospitalet skaffer sig overblik over borgerens aktuelle funktionsniveau
- Visitator skal have overblik over hvilke tilbud kommunen kan give
- Fremtidsmøder afvikles indenfor 48 timer efter henvendelse fra hospitalet eller kommunen

### **Varslingsfrister ved udskrivning**

- Patient med uændret funktionsevne: Kan hjemsendes samme dag før 14
- Patient med nedsat funktionsevne: Tidligst muligt, mindst 72 timers varsel, borgere i plejeboliger kan udskrives i weekend hvis kontakt til visitator inden kl. 12 fredag
- Patient med nedsat funktionsevne og behov for særlige hjælpemidler: 72 timer efter færdigbehandlingsdatoen er fastsat
- Patient med nedsat funktionsevne og behov for omfattende boligændringer: 168 timers (7 døgns) varsel efter færdigbehandlingsdatoen er fastsat

### **Træningsområdet:**

#### *Genoptræningsplaner*

Parterne er enige om at hospitalet fortsætter med at lave deres genoptræningsplaner i EPJ. De nye lovkrav for indhold af genoptræningsplaner indarbejdes.

Når MedCom standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk ved anvendelse af MedCom-standard.

Parterne er enige om, at evaluere de første 10-15 udsendte genoptræningsplaner, for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

### **Hjælpemiddelområdet**

Nedsættelse af lokal arbejdsgruppe vedrørende hjælpemidler

Der nedsættes en lokal arbejdsgruppe vedrørende hjælpemidler. Det er i 2007 hensigten at arbejde med:

- Kommunalt/regionalt samarbejde om hjælpemidler
- Samarbejde vedrørende nagelfaste installationer
- Samarbejde om bariatriske (ekstremt overvægtige) patienter

### **Forebyggelse og sundhedsfremme herunder patientrettet forebyggelse**

Etablering af arbejdsgruppe for den fælles kronikerindsats

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der omfatter repræsentanter fra Viborg kommune, Skive kommune, Regionshospitalet Viborg, Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed i Region Midtjylland samt praksis.

I regi af gruppen skal eksisterende projekter og indsatsområder i regionalt og hospitalsregi afklares. Desuden vil der kunne ske koordination og målretning/sparring af den kommunale indsats i gruppen. Målet er, at skabe sammenhængende forløb for borgere, således at alle, der

har behov for en yderligere indsats efter hospitalsindlæggelse, også får tilbud derom i kommunalt regi. Arbejdsgruppen udarbejder selv kommissorium. Region Midtjylland tager initiativ og varetager sekretariatsfunktionen.

De områder kommunerne og hospitalet er enige om at prioritere er:

- KOL
- Hjerte-/karlidelser
- Diabetes
- Kræftrehabilitering

Der er i regi af Arbejdsmedicinsk klinik i Skive to projekter vedrørende hurtig indsats overfor patienter med stressbetingede lidelser og hurtig klinisk udredning af personer med rygsygdomme.

Begge projekter er i evalueringsfasen. For projektet vedrørende stressbetingede lidelser er parterne er positivt indstillede for en videreføres projektet, hvis evalueringerne viser positive effekter og hvis de økonomiske forudsætninger i region og kommuner er tilstede.

For projektet vedrørende klinisk udredning af personer med ryglidelser vil kommunen deltage i det videre arbejde om snitfladerne mellem sektorerne. Arbejdsmedicinsk klinik indkalder kommunen til evalueringsmøde når denne er færdig.

## **Randers Kommune**

### **Indlæggelse og udskrivning**

#### *Åbne indlæggelser*

Hospitalet påbegynder en registreringspraksis fra februar. For at kunne opnå sammenlignelighed mellem kommunerne i klyngen, registreres antallet af åbne indlæggelser i op til et halvt år.

#### *Elektronisk kommunikation*

Parterne prioriterer området, og afventer udspillet vedrørende en IT-gruppe på regionalt plan fra Region Midtjylland.

#### *Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser*

Randers Kommune planlægger at etablere et "aflastningscenter" for hele kommunen, hvor borgerne selv kan indskrive sig og hvor de praktiserende læger ligeså skal have mulighed for at henvise til. Forhåbningen er at undgå indlæggelse af borgere, der udelukkende behøver simple plejeopgaver og ikke nødvendigvis indlæggelse, samt at etablere nye muligheder for udskrivelse af færdigbehandlede patienter.

Kommunen laver et oplæg og indkalder til et møde med både hospital og praktiserende læger, hvor boligernes målgruppe og formål kan blive diskuteret.

Det sammenhængende patientforløb er en prioritet for parterne og koordination af indsatsen fra udgående teams og modtagende teams i kommunerne skal være optimal.

### **Samarbejdsstruktur**

Parterne etablerer en samarbejdsstruktur i to niveauer

1: En styregruppe for hele klyngen på det strategiske niveau

Deltagere: Direktionsniveau fra hele klyngen

Formål: Idéudveksling, udvikling og overordnet opfølgning på aftalerne

2: Ad-Hoc grupper i regi af styregruppen

Deltagere: Relevante fagpersoner

Formål: konkret opfølgning og faglig indsats – eks. vedr. genoptræning, kronikerområdet, hjælpemiddelområdet

### **Vidensdeling**

#### *Kombinationsstillinger*

Parterne er indstillede på at undersøge muligheden for at etablere kombinationsstillinger, hvor eksempelvis ansatte fra hospitalet eller fra kommunerne over en længere periode kan være ansat begge steder. Det vil give stort potentiale for vidensdeling mellem sektorerne.

#### *Fælles skolebænk*

Parterne fortsætter samarbejdet som før. Hygiejneområdet – herunder MRSA (mertilin resistente staphylococ aureus) – er et område, der er oplagt at lave et forløb omkring. Forløbet kan både omfatte alle ansatte i kommune og hospital, men kan også gennemføres i en mindre kreds, hvor udelukkende centerlederne bliver inviteret ind på hospitalet. Udgangspunktet for samarbejdet bliver sundhedsstyrelsens rapport.

Det vil være fordelagtigt, at tilbuddet om både fælles skolebænk og kombinationsstillinger bliver givet til de praktiserende læger i området.

#### *Definition af Færdigbehandlede patienter:*

En patient er færdigbehandlet, når den eventuelle videre behandling, pleje og/eller genoptræning ikke er betinget af hospitalsindlæggelse.

Hospitalet har kompetencen til at erklære en patient færdigbehandlet og skal underrette kommunen.

#### **Varslingsfrister ved udskrivning**

- Patient med uændret funktionsevne: kan udskrives samme dag
- Patient med uændret funktionsevne: Varsling så hurtigt som muligt og senest 3 dage før patienten udskrives
- Patient med behov for omfattende boligændringer: Så hurtigt som muligt, mindst 14 dage

#### **Træningsområdet**

##### *Genoptræningsplaner*

Parterne er enige om, at evaluere de første 10-15 udsendte genoptræningsplaner, for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

##### *Særskilt genoptræningsenhed*

Randers kommune etablerer en central genoptræningsenhed

##### *Samarbejde om genoptræningspladser i Assentoft*

Som følge af sundhedslovens nye grænseflader mellem hospital og kommuner, er parterne enige om at samarbejdet om den fællesfinansierede genoptræningsplads i Assentoft ophører pr. 01.09.2007

#### **Hjælpemiddelområdet**

Etablering af fælles kommunalt hjælpemiddeldepot

Kommunerne Randers, Syddjurs, Norddjurs og Favrskov afsøger muligheden for at etablere et fælles hjælpemiddeldepot med flere indleveringssteder

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

##### *Sundhedshus, Randers*

Randers Kommune etablerer et sundhedshus, hvor Regionshospitalet Randers og Region Midtjylland er indstillede på at deltage ved at flytte blandt andet jordemoder funktion og ammeklinik ind i huset. På sigt vil man endvidere tilstræbe at mammografiscanninger foretages i Sundhedshuset.

I huset bliver der igangsat en indsats vedrørende KOL, som Regionshospitalet Randers, Center for Folkesundhed, Regionalt Sundhedssamarbejde i Region Midtjylland vil indgå i et samarbejde herom.

##### *Udnyttelse af parternes datagrundlag*

Der er enighed om, at det datagrundlag som parterne hver især råder over, skal udnyttes bedst muligt i fællesskab med det sigte at fremme sundhed og forebyggelse for borgerne i Randers Kommune inden for de rammer, lovgivningen sætter.

Et første konkret tiltag i den retning er, at det datagrundlag som regionen råder over i forbindelse med undersøgelse af sundhedsprofilen for kommunen, anvendes aktivt i et samspil mellem Center for folkesundhed, Randers Kommune og Regionshospitalet Randers. Herunder

skal der arbejdes med at skabe den områdeinddeling i datagrundlaget, som giver mening i forhold til kommunens og hospitalets indsatsområder. Dette vil blandt andet give bedre grundlag for at kortlægge hvor rent geografisk kommunen skal sætte ind, for at få den mest effektive indsats overfor borgerne

#### *Indsats vedr. forskning og udvikling*

Randers Kommune, Regionshospitalet Randers og Region Midtjylland prioriterer et samarbejde på forsknings- og udviklingsområdet med DSI i Århus. Hospitalet tager initiativ til at etablere en arbejdsgruppe, der skal komme med et ideoplæg til de emner, parterne vil fokusere på. Randers Kommune er indstillet på at bidrage økonomisk til indsatsen.

#### *Fællesinitiativ for en sammenhængende indsats på børneområdet*

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

#### *Økonomi*

Samarbejde om genoptræningspladser i Assentoft

Som følge af sundhedslovens nye grænseflader mellem hospital og kommuner, er parterne enige om at samarbejdet om de fællesfinansierede genoptræningspladser i Assentoft ophører pr. 01.09.2007. Pladserne er delt mellem Randers og Norddjurs kommune

Omkostningerne til pladserne udgør for Region Midtjylland i alt 231.000 om året

## Syddjurs Kommune

### Indlæggelse og udskrivning

#### *Åbne indlæggelser*

Hospitalet påbegynder en registreringspraksis fra februar. For at kunne opnå sammenlignelighed mellem kommunerne i klyngen, registreres antallet af åbne indlæggelser i op til et halvt år.

#### *Elektronisk kommunikation*

Parterne prioriterer området, og afventer udspillet vedrørende en IT-gruppe på regionalt plan fra Region Midtjylland.

#### *Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser*

Det sammenhængende patientforløb er en prioritet for parterne og koordination af indsatsen fra udgående teams og modtagende teams i kommunerne skal være optimal.

Det er et udviklingsområde for kommune og hospital, at afsøge mulighederne for at etablere tilbud, der kan reducere antallet af indlæggelser. Muligheden for etablering af et vagtberedskab, "shared care"/udgående teams eller aflastningspladser, hvor de praktiserende læger kan henvise til er områder der i fremtiden kan afsøges. Vedrørende aflastningspladserne, er det vigtigt, at de ikke skal fungere som "discountsygehuse", men reelle gavnlige tilbud til borgere tæt på hjemmet.

#### *Fremrykkede hospitalsfunktioner*

Parterne er interesserede i at samarbejde omkring eventuelle fælles konsultationer for jordemødre og sundhedsplejersker. Det gælder eksempelvis for Kolind og Hornslet.

Den kørende laborantordning, det palliative team og lægebilen fortsætter som hidtil.

Overordnet vil parterne afsøge mulighederne for flere mobile funktioner, idet det giver god mulighed for samspil personalet imellem ligesom borgerne herved undgå at skulle ind på hospitalet.

### Samarbejdsstruktur

Parterne etablerer en samarbejdsstruktur i to niveauer

- 1: En styregruppe for hele klyngen på det strategiske niveau  
Deltagere: Direktionsniveau fra hele klyngen  
Formål: Idéudveksling, udvikling og overordnet opfølgning på aftalerne
- 2: Ad-Hoc grupper i regi af styregruppen  
Deltagere: Relevante fagpersoner  
Formål: konkret opfølgning og faglig indsats – eks. vedr. genoptræning, kronikerområdet, hjælpemiddelområdet

### Vidensdeling

#### *Kombinationsstillinger*

Parterne er indstillede på at undersøge muligheden for at etablere kombinationsstillinger, hvor eksempelvis ansatte fra hospitalet eller fra kommunerne over en længere periode kan være ansat begge steder. Det vil give stort potentiale for vidensdeling mellem sektorerne.



### *Fælles skolebænk*

Parterne fortsætter samarbejdet som før. Hygiejneområdet – herunder MRSA – er et område, der er oplagt at lave et forløb omkring. Forløbet kan både omfatte alle ansatte i kommune og hospital, men kan også gennemføres i en mindre kreds, hvor udelukkende centerlederne bliver inviteret ind på hospitalet. Udgangspunktet for samarbejdet bliver sundhedsstyrelsens rapport.

### *Definition af Færdigbehandlede patienter:*

En patient er færdigbehandlet, når den eventuelle videre behandling, pleje og/eller genoptræning ikke er betinget af hospitalsindlæggelse.

Hospitalet har kompetencen til at erklære en patient færdigbehandlet og skal underrette kommunen.

### **Varslingsfrister ved udskrivning**

- Patient med uændret funktionsevne: kan udskrives samme dag
- Patient med uændret funktionsevne: Varsling så hurtigt som muligt og senest 3 dage før patienten udskrives
- Patient med behov for omfattende boligændringer: Så hurtigt som muligt, mindst 14 dage

### **Træningsområdet**

#### *Genoptræningsplaner*

Parterne er enige om, at evaluere de første 10-15 udsendte genoptræningsplaner, for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

#### *Samarbejde mellem Region Midtjylland og Syddjurs vedr. genoptrænings-pladser i Ebeltoft*

Som følge af sundhedslovens nye grænseflader mellem hospital og kommuner, er parterne enige om at samarbejdet om 10 genoptræningspladser i Ebeltoft ophører pr. 01.09.2007.

### **Hjælpemiddelområdet**

Etablering af fælles kommunalt hjælpemiddeldepot

Kommunerne Randers, Syddjurs, Norddjurs og Favrskov afsøger muligheden for at etablere et fælles hjælpemiddeldepot med flere indleveringssteder

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

Parterne er enige om, at der skal lægges tilbud indenfor sundhedsfremme og forebyggelse ud i lokalområderne, sådan så hospitalets fagfolk og kommunens egne fagpersoner kan samarbejde om indsatsen. Det er ydermere fordelagtigt hvis selve koordinationen af tilbuddene på Djursland kan foregå centralt. Herved sikrer man, at der er en kritisk masse tilstede, og at holdene kan sættes i gang hurtigst muligt uanset kommunegeografi.

Syddjurs er interesseret i at købe ydelser på området snarere end at indgå i et forpligtende samarbejde.

De områder parterne finder oplagte at arbejde med er:

- KOL/Rygestop, hvor hospitalet allerede screener for rygning blandt alle indlagte " Lær at leve med kroniske sygdom "

Evalueringen af projekterne er et centralt udviklingsfelt. Syddjurs er allerede ved at sætte en evalueringspraksis i gang, og det er oplagt at koble denne praksis til den generiske model,

som Center for Folkesundhed er ved at udvikle. Det vil sikre sammenlignelighed mellem kommuner – både lokalt, regionalt og nationalt.

#### *Fællesinitiativ for en sammenhængende indsats på børneområdet*

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

#### *Social ulighed i sundhed*

Syddjurs kommune råder over "livsstils cafeer", der er placeret omkring i lokalområdet og tilpasset den lokalitet de er i (plejehjem vs. Sportshal).

Der er et udviklingsperspektiv på sygedagpengeområdet, hvor samspelet mellem arbejdsmarkedet, kommune og praktiserende læger er et oplagt sted at starte for at få flere ind på arbejdsmarkedet efter lange sygemeldinger. På basis af sundhedsprofilen kan der laves mønstre for de diagnoser, der især medfører langtidssygemeldinger. De nærmere indsatser diskuteres ved mødet mellem Syddjurs kommune og Center for Folkesundhed.

#### *Projekt vedrørende småtspisende ældre.*

Samarbejdet mellem Regionshospitalet Randers og Syddjurs omkring screening af ældres spisevaner fortsætter.

#### *Økonomi*

Samarbejde mellem Region Midtjylland og Syddjurs vedr. genoptræningspladser i Ebeltoft

Som følge af sundhedslovens nye grænseflader mellem hospital og kommuner, er parterne enige om at samarbejdet om 10 genoptræningspladser i Ebeltoft ophører pr. 01.09.2007. Omkostningerne til driften udgør for Region Midtjylland ca. 820.000 om året.

## Norddjurs Kommune

### Indlæggelse og udskrivning

#### *Åbne indlæggelser*

Hospitalet påbegynder en registreringspraksis fra februar. For at kunne opnå sammenlignelighed mellem kommunerne i klyngen, registreres antallet af åbne indlæggelser i op til et halvt år.

#### *Elektronisk kommunikation*

Parterne prioriterer området, og afventer udspillet vedrørende en IT-gruppe på regionalt plan fra Region Midtjylland.

#### *Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser*

Det sammenhængende patientforløb er en prioritet for parterne og koordination af indsatsen fra udgående teams og modtagende teams i kommunerne skal være optimal.

Det er et udviklingsområde for kommune og hospital, at afsøge mulighederne for at etablere tilbud, der kan reducere antallet af indlæggelser. Muligheden for etablering af et vagtberedskab, "shared care"/udgående teams eller aflastningspladser, hvor de praktiserende læger kan henvise til er områder der i fremtiden kan afsøges. Vedrørende aflastningspladserne, er det vigtigt, at de ikke skal fungere som "discountsygehuse", men reelle gavnlige tilbud til borgere tæt på hjemmet.

#### *Fremrykkede hospitalsfunktioner*

Parterne er interesserede i at samarbejde omkring eventuelle fælles konsultationer for jordemødre og sundhedsplejersker. Det gælder eksempelvis for Kolind og Hornslet.

Den kørende laborantordning, det palliative team og lægebilen fortsætter som hidtil.

Overordnet vil parterne afsøge mulighederne for flere mobile funktioner, idet det giver god mulighed for samspil personalet imellem ligesom borgerne herved undgå at skulle ind på hospitalet.

### Samarbejdsstruktur

Parterne etablerer en samarbejdsstruktur i to niveauer

- 1: En styregruppe for hele klyngen på det strategiske niveau  
Deltagere: Direktionsniveau fra hele klyngen  
Formål: Idéudveksling, udvikling og overordnet opfølgning på aftalerne
- 2: Ad-Hoc grupper i regi af styregruppen  
Deltagere: Relevante fagpersoner  
Formål: konkret opfølgning og faglig indsats – eks. vedr. genoptræning, kronikerområdet, hjælpemiddelområdet

### Vidensdeling

#### *Kombinationsstillinger*

Parterne er indstillede på at undersøge muligheden for at etablere kombinationsstillinger, hvor eksempelvis ansatte fra hospitalet eller fra kommunerne over en længere periode kan være ansat begge steder. Det vil give stort potentiale for vidensdeling mellem sektorerne.

### *Fælles skolebænk*

Parterne fortsætter samarbejdet som før. Hygiejneområdet – herunder MRSA – er et område, der er oplagt at lave et forløb omkring. Forløbet kan både omfatte alle ansatte i kommune og hospital, men kan også gennemføres i en mindre kreds, hvor udelukkende centerlederne bliver inviteret ind på hospitalet. Udgangspunktet for samarbejdet bliver sundhedsstyrelsens rapport.

### *Definition af Færdigbehandlede patienter*

En patient er færdigbehandlet, når den eventuelle videre behandling, pleje og/eller genoptræning ikke er betinget af hospitalsindlæggelse.

Hospitalet har kompetencen til at erklære en patient færdigbehandlet og skal underrette kommunen.

### **Varslingsfrister ved udskrivning**

- Patient med uændret funktionsevne: kan udskrives samme dag
- Patient med uændret funktionsevne: Varsling så hurtigt som muligt og senest 3 dage før patienten udskrives
- Patient med behov for omfattende boligændringer: Så hurtigt som muligt, mindst 14 dage

### **Genoptræningsplaner**

Parterne er enige om, at evaluere de første 10-15 udsendte genoptræningsplaner, for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

### *Samarbejde om genoptræningspladser i Assentoft*

Som følge af sundhedslovens nye grænseflader mellem hospital og kommuner, er parterne enige om at samarbejdet om de fællesfinansierede genoptræningspladser i Assentoft ophører pr. 01.09.2007. Pladserne er delt mellem Randers og Norddjurs kommune

### *Udvidelse af omfanget af genoptræning på Regionshospitalet Grenaa*

Parterne afsøger muligheden for eventuelt at udvide omfanget af genoptræning på Regionshospitalet Grenaa, for at få genoptræningstilbuddene så tæt på borgerne som muligt og for at opbygge et fagligt fællesskab, hvor ansættelse i Grenaa bliver attraktivt. Dette kan ske gennem kombinationsstillinger, hvor fagpersoner med specialistkompetencer, kan ansættes delvist på et af de kommunale genoptræningscentre og delvist på hospitalet.

### **Hjælpemiddelområdet**

Etablering af fælles kommunalt hjælpemiddeldepot

Kommunerne Randers, Syddjurs, Norddjurs og Favrskov afsøger muligheden for at etablere et fælles hjælpemiddeldepot med flere indleveringssteder

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

Fællesinitiativ for en sammenhængende indsats på børneområdet

Parterne sætter gang i et fællesinitiativ for en sammenhængende indsats på børneområdet.

Hospitalet tager initiativ til at nedsætte en fælles koordinationsgruppe, hvor jordemoderindsatsen, de kommunale sundhedsplejersker, børne- og skoleforvaltningen og den pædiatriske afdeling på hospitalet og Regionalt Sundhedssamarbejde inviteres til at deltage.

### **Økonomi**

Samarbejde om genoptræningspladser i Assentoft

Som følge af sundhedslovens nye grænseflader mellem hospital og kommuner, er parterne enige om at samarbejdet om de fællesfinansierede genoptræningspladser i Assentoft ophører pr. 01.09.2007. Pladserne er delt mellem Randers og Norddjurs kommune

Omkostningerne til pladserne udgør for Region Midtjylland i alt 231.000 om året

## Favrskov Kommune

Favrskov kommunes geografi udgør et speciel problemstilling: Kommunen har fået tildelt to kontakthospitaler (Randers og Silkeborg), men borgerne benytter i vid udstrækning også hospitalerne i Århus og Viborg.

### **Indlæggelse og udskrivning**

#### *Åbne indlæggelser*

Hospitalerne påbegynder en registreringspraksis fra februar. For at kunne opnå sammenlignelighed mellem kommunerne i klyngen, registreres antallet af åbne indlæggelser i op til et halvt år.

#### *Elektronisk kommunikation*

Parterne prioriterer området, og afventer udspillet vedrørende en IT-gruppe på regionalt plan fra Region Midtjylland. Kommunen vil endvidere gerne indgå i den omtalte gruppe og deltage i eventuelle pilottest.

#### *Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser*

Det sammenhængende patientforløb er en prioritet for parterne og koordination af indsatsen fra udgående teams og modtagende teams i kommunerne skal være optimal.

Det er et udviklingsområde for kommune og hospital, at afsøge mulighederne for at etablere tilbud, der kan reducere antallet af indlæggelser. Muligheden for etablering af et vagtberedskab, "shared care"/udgående teams eller aflastningspladser, hvor de praktiserende læger kan henvise til er områder der i fremtiden kan afsøges. Vedrørende aflastningspladserne, er det vigtigt, at de ikke skal fungere som "discountsygehuse", men reelle gavnlige tilbud til borgere tæt på hjemmet.

Regionshospitalet Silkeborg har et tilbud om Shared-care. Favrskov deltager i tilbuddet og i finansieringen heraf.

Region Midtjylland dækker hele Favrskov Kommune med hensyn til Palliative teams. De udadgående funktioner følger borgeren således, at alle borgere fra Favrskov Kommune har mulighed for at gøre brug af de udgående funktioner i forbindelse med behandling på de enkelte hospitaler i Region Midtjylland.

### **Samarbejdsstruktur**

For Regionshospitalet Randers etableres en samarbejdsstruktur i to niveauer

- 1: En styregruppe for hele klyngen på det strategiske niveau  
Deltagere: Direktionsniveau fra hele klyngen  
Formål: Idéudveksling, udvikling og overordnet opfølgning på aftalerne
- 2: Ad-Hoc grupper i regi af styregruppen  
Deltagere: Relevante fagpersoner  
Formål: konkret opfølgning og faglig indsats – eks. vedr. genoptræning, kronikerområdet, hjælpemiddelområdet

For Regionshospitalet Silkeborg etableres en samarbejdsstruktur i tre niveauer

- 1: En følgegruppe for hele klyngen på det strategiske niveau  
Deltagere: Direktionsniveau fra hele klyngen  
Formål: Idéudveksling, overordnet opfølgning på aftalerne

2: En styregruppe for hver kommune/hospital på det taktiske niveau

Deltagere: Ledelsesniveau fra hver kommune/hospital

Formål: Opfølgning på den enkelte sundhedsaftale

3: En kontaktgruppe for hver kommune/hospital på det operationelle niveau

Deltagere: De personer fra kommune og hospitalet, som samarbejder til daglig

Formål: Opfølgning på den enkelte sundhedsaftale med fokus på det daglige samarbejde, udvikling af det daglige samarbejde

Desuden aftales det, at der afholdes bilaterale møder mellem kommunen, kontakthospitalerne og Region Midtjylland to gange årligt. Til et af disse møder inviteres Regionshospitalet Viborg og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus til at deltage

## **Vidensdeling**

### *Kombinationsstillinger*

Parterne er indstillede på at undersøge muligheden for at etablere kombinationsstillinger, hvor eksempelvis ansatte fra hospitalet eller fra kommunerne over en længere periode kan være ansat begge steder. Det vil give stort potentiale for vidensdeling mellem sektorerne.

### *Fælles skolebænk*

Parterne er enige om at indgå i samarbejde om fælles skolebænk på en række områder – herunder MRSA.

## **Træningsområdet**

### *Genoptræningsplaner*

Parterne er enige om, at evaluere de første 10-15 udsendte genoptræningsplaner, for at fastslå, om de dels lever op til lovkravene, dels lever op til de lokale forventninger. Hospitalet tager initiativ til oprettelse af lokal følgegruppe.

### *Hjemtagning af genoptræningsopgaver*

Favrskov Kommune hjemtager de almindelige ambulante genoptræningsopgaverne i to tempi. Pr. 1. april 2007 hjemtages de ambulante genoptræningsopgaver, der tidligere er kategoriseret som hørende til kategori 1. De øvrige genoptræningsopgaver vil blive underkastes en faglig og økonomisk vurdering inden flere opgaver evt. hjemtages pr. 1. oktober 2007. Favrskov Kommune vil meddele Region Midtjylland senest 1. september 2007 hvilke genoptræningsopgaver, der ønskes hjemtaget pr. 1. oktober 2007. Favrskov Kommune vil indkalde de ledende terapeuter på området til et møde i marts 2007 med henblik på at forberede processen omkring hjemtagelsen af de almindelige ambulante genoptræningsopgaver.

### *Forbehold vedrørende genoptræningsopgaverne*

Favrskov Kommune forventer ikke en udvidelse i antallet af genoptræningsopgaver udover de, kommunen er blevet oplyst om i forbindelse med gruppe 8 samarbejdet, hvilket indebærer, at der samlet set kan forventes ca. 370 patienter fra Favrskov Kommune med behov for almindelig ambulante genoptræning. Dette antal patienter fordeler sig stort set ligeligt mellem kategori 1 og 2

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

Hvis der opstår væsentlige afvigelser i forhold til denne fordeling, således at der bliver udarbejdet flere genoptræningsplaner for almindelig ambulante genoptræning, forventer Favrskov Kommune at dette modsvarer af en tilsvarende nedgang i antallet af

genoptræningsplaner for specialiseret genoptræning udført på regionshospitalet. Der henvises til den generelle sundhedsaftale, hvor det fremgår, at kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at det ikke er hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud efter indlæggelse.

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.

*Genoptræningspladser på korttidsafsnittet på Regionshospitalet Hammel Neurocenter*  
Aftalen om fælles finansiering af 2 genoptræningspladser på korttidsafsnittet på Regionshospitalet Hammel Neurocenter opsiges pr. 1. september 2007. Det svarer til en samlet udgift på 235.250 kr. for Region Midtjylland.

### **Hjælpeområde**

*Etablering af fælles kommunalt hjælpeområde*

Kommunerne Randers, Syddjurs, Norddjurs og Favrskov afsøger muligheden for at etablere et fælles hjælpeområde med flere indleveringssteder

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

*Fællesinitiativ for en sammenhængende indsats på børneområdet*

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

*Fællesindsats om tobaksforebyggelse og rygestop*

Parterne er enige om at indgå i et samarbejde om screening og - efter patientsamtykke - henvendelse fra kommunen vedrørende rygestoptilbud fra kommunen.

Samarbejdspartnerne i Silkeborg klyngen ønsker en fælles udredning af organisering og finansiering af patientskoler/uddannelse. Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, at patientskoler/uddannelse opbygges så ensartet som muligt i hele Region Midtjylland. I den forbindelse ansættes en koordinator i samarbejde mellem Region Midtjylland, Regionshospitalet Silkeborg, Silkeborg Kommune og Skanderborg Kommune.

Favrskov Kommunes forebyggelses- og sundhedsfremmekonsulent vil samarbejde med denne koordinator og bidrage til udredningsarbejdet med konsulenttimersvarende til 60.000 kr. årligt i tre år. (Dette svarer til ca. 5 timer pr. uge.)

### *Økonomi*

Udgifter vedrørende shared-care i Silkeborg

Region Midtjylland og Regionshospitalet Silkeborg finansierer fra 1/1-2008 ordningen med 750.000 kr. årligt. Den resterende halvdel på 750.000 kr. deles mellem de kommuner, der indgår i ordningen fordelt efter forbrug.



*Genoptræningspladser på korttidsafsnittet på Regionshospitalet Hammel Neurocenter*  
Aftalen om fælles finansiering af 2 genoptræningspladser på korttidsafsnittet på  
Regionshospitalet Hammel Neurocenter opsiges pr. 1. september 2007. Det svarer til en samlet  
udgift på 235.250 kr. for Region Midtjylland

## **Odder Kommune**

### **Samarbejdsstruktur:**

Med henblik på at følge op på sundhedsaftalen etableres en lokal styregruppe på chefniveau. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune, Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, praksis og Region Midtjylland er repræsenteret i den lokale styregruppe. Styregruppen mødes 2 gange årligt.

Kommunerne, hospitalet og regionen udarbejder kommissorium for den lokale styregruppe. Den lokale styregruppe nedsætter følgegrupper efter behov. Den lokale styregruppe organiseres omkring Regionshospitalet Horsens og sekretariatsbetjenes fra hospitalet. Regionshospitalet Horsens har initiativpligten til at indkalde styregruppen.

Hvis der opstår uoverensstemmelser i samarbejdet, løses de her og nu på lederniveau. Principielle problemstillinger løftes op i den lokale styregruppe.

### **Aftale om indlæggelsesforløb:**

Krav 1:

Alvorligt syge og døende

Odder Kommune og Region Midtjylland har aftalt at forlænge gældende aftale mellem Odder Kommune og Århus Amt i 2007 om indsatsen i forhold til alvorligt syge og døende.

Finansiering:

Hovedprincippet for denne aftale er, at Odder Kommune og Region Midtjylland hver påtager sig 50 % af udgifterne relateret til Odder-borgernes ophold på hospiceaflastningspladserne. Tilsvarende er Region Midtjylland villig til at dække 50 % af udgifterne, hvis andre kommuner i regionen ønsker at benytte hospiceaflastningspladserne. Med hensyn til udgifter til sygeplejeartikler er udgangspunktet, at Region Midtjylland finansierer disse.

I 2006 har Århus Amt haft en udgift svarende til kr. 793.000.

I 2007 fortsætter fordelingen af udgifter på mellem Odder Kommune og Region Midtjylland uændret.

Region Midtjylland forventer at opsigte aftalen pr. 1. januar 2008 med de sædvanlige frister.

### *Åbne indlæggelser*

Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens vil bevare tilbudet om åbne indlæggelser. Det er primært cancerpatienter og meget syge kronikere, som tilbydes en åben indlæggelse. I 2007 udarbejdes en handlingsplan for, hvordan der sættes fokus på forebyggelsen. Den lokale styregruppe er ansvarlig herfor. Det faktiske antal af åbne indlæggelser og visitationskriterierne til de åbne indlæggelser vil i den forbindelse blive afdækket.

Krav 2:

*Korttidspladser*

Odder Kommune har 10 korttidspladser, her af 1 akut.

### *Fælles vagtberedskab*

Odder Kommune og Region Midtjylland har indgået en aftale om et fælles vagtberedskab. Vagtberedskabet er en ordning, der giver de praktiserende læger/vagtlæger mulighed for i et

samarbejde med hjemmeplejen at rekvirere fast vagt til borgere i eget hjem. Vagtberedskabet er placeret på Odder Kommunes Sundhedscenter, Billsbækvej 11, 8300 Odder.

*Finansiering:*

Aftalen videreføres som en rammeaftale, hvor Odder Kommune finansierer 50.000 kr., mens Region Midtjylland finansierer 70.000 kr. om året med et udsvingsbånd på maksimalt 100.000 kr.

*Aftale om udskrivningsforløb:*

Krav 1:

Den palliative indsats

Det palliative team på Århus Universitetshospital – Århus Sygehus vil ind til videre fortsætte med at varetage den palliative indsats overfor borgere i Odder Kommune.

I det tidligere Vejle Amt blev den palliative indsats til kommunerne omkring Regionshospitalet Horsens ydet fra det palliative team på Vejle Sygehus. Fra 1. januar 2007 fortsætter denne aftale, og den vil omfatte Hedensted Kommune, Horsens Kommune og dele af Ikast-Brande Kommune.

Der pågår forhandlinger mellem Region Midtjylland og Region Syddanmark om, hvordan regionerne finansierer samhandel på tværs af regionsgrænserne, herunder den palliative indsats fra Vejle Sygehus.

Kommunerne og Regionshospitalet Horsens vil arbejde på at sikre en ensartet fælles palliativ indsats. Region Midtjylland har indsendt en ansøgning om midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Hospicepulje 2006, bl.a. til etablering af et palliativt team på Regionshospitalet Horsens. Arbejdet med at ensarte den fælles palliative indsats bør afvente, indtil afgørelsen på ansøgningen foreligger.

*Alvorligt syge og døende*

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder vil fortsætte samarbejdet om pleje og omsorg for alvorligt syge og døende i eget hjem med henblik på at etablere en ensartet aftale. Der samarbejdes ud fra eksisterende aftaler og arbejdes frem mod én fælles aftale i sundhedsklyngen.

Krav 3:

Sundhedstilbud på Tunø

Odder Kommune og Region Midtjylland har indgået aftale om sundhedstilbud på Tunø. Sundhedstilbudet omfatter akut hjælp ved hjemmesygeplejerske og lægehjælp ved praktiserende læge.

*Finansiering:*

Odder kommune og Region Midtjylland har indgået en aftale, hvor fordelingen mellem kommunale og regionale opgaver fastlægges til 50 % til hver part.

Region Midtjylland finansierer 50 % af sygeplejerskedækningen, hvilket svarer til kr. 188.000 årligt (udgifter i 2006).

Region Midtjylland finansierer udgifterne til lægehjælp på Tunø. Dette sker ved, at en af lægerne fra Samsø en gang om måneden sejler til Tunø m.h.p. afholdelse af planlagte konsultationer. Derudover varetages lægebetjeningen ved at Tunø-beboerne får telefonkonsultationer og konsultationer hos lægerne i Odder, hvor nogle Tunøboere er tilmeldt.

Region Midtjylland ansætter hvert år en sommerferielæge på Tunø i 2 måneder med henblik på at varetage lægebetjeningen i højsæsonen.

Den helt akutte lægehjælp varetages af helikoptertjenesten. Helikopterassistancen finansieres af staten.

Udefunktion med ernæringssygeplejerske og iltsygeplejerske  
Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder finansierer udefunktionen med ernærings- og iltsygeplejerske i forhold til KOL. Hospitalet er ved at etablere et geriatrisk team på Regionshospitalet Odder.

### **Aftale om genoptræning:**

Krav 1:

Overtagelse af almindelig ambulant genoptræning

Odder Kommune har overtaget alle kategori 1 og 2 genoptræningsopgaver pr. 1. januar 2007. Opgaverne varetages af Odder Kommunes Træningscenter, Asylgade, 8300 Odder (Regionshospitalet Odder).

#### *Genoptrænings- og rehabiliteringsprojekt*

Odder Kommune og Region Midtjylland har aftalt at videreføre genoptrænings- og rehabiliteringsprojektet. Projektet evalueres i 2007. Efter evalueringen træffer Region Midtjylland beslutning om, hvorvidt regionen fortsat vil medfinansiere projektet, herunder eventuel forskningsmæssig tilknytning til projektet.

Finansiering:

Alle fælles udgifter deles mellem Region Midtjylland og Odder Kommune efter en fordelingsnøgle baseret på antallet af sengepladser. Odder Kommune har i 2006 bidraget med 2.500.000 kr. og Region Midtjylland vil få udgifter i 2007 svarende til 2006 på 560.000 kr.

#### *ICF*

Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder vil arbejde med ICF som den fælles referenceramme på genoptræningsområdet.

Krav 5:

Odder Kommune, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder nedsætter en følgegruppe med en repræsentant fra hver kommune og fra hospitalet. Følgegruppen følger op på genoptræningsområdet og sikrer fælles vidensdeling og kompetenceudvikling. Hospitalet har initiativ til at indkalde følgegruppen.

### **Aftale om hjælpemidler:**

Krav 1:

Region Midtjylland og kommunerne retter henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om finansiering af behandlingsredskaber/hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning. Ministeriets svar vil være gældende for sundhedsaftalen.

## **Aftale om forebyggelse og sundhedsfremme:**

Krav 1:

### *Socialdifferentierede svangretilbud*

Odder Kommune og Region Midtjylland har til hensigt at samarbejde om socialdifferentierede svangretilbud fra medio 2007.

### *Kronikerområdet*

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enig om at prioritere kronikerområdet højt. Dette sikres ved at videreføre de eksisterende programledelser (KOL, apopleksi, diabetes, forebyggelse af fald, hjerter) fra Vejle Amt samt videreudvikle og udbrede dem.

Livsstilscentret i Brædstrup tilbyder hovedsagligt behandling til patienter med

- Hjerte-kar sygdomme
- Diabetes
- Svære overvægt/truende ledskader
- KOL, bronkitis og luftvejssygdomme
- Osteoporose
- Uønsket barnløshed i kombination med svær overvægt
- Samt til forældre med overvægtige børn

Behandlingen består af indlæggelse 3 gange af 4 døgns varighed. Under indlæggelsen modtager patienterne holdundervisning og praktisk træning.

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune og Odder Kommune vil følge arbejdet med Livsstilscentret i Brædstrup i forhold til det kommunale samarbejde. Kommunerne og hospitalet følger arbejdet med organisering og udvikling af Livsstilscentrets tilbud.

Regionshospitalet Horsens og kommunerne vil i købet af det 1. halvår 2007 konkretisere, hvordan et tættere tværsektorielt samarbejde styrkes, og hvordan det konkret skal udmøntes. Udgangspunktet for dette arbejde er Livsstilscentrets Strategier 2006, som bl.a. omfatter vidensdeling til kommunerne og integrering af kommunerne efter udskrivning. Regionshospitalet Horsens har initiativpligten.

MRSA-samarbejdet (mertilin resistente staphylococ aureus)

Aftalen om MRSA-samarbejdet ("MRSA-samarbejdet mellem primær og sekundær sektor i Vejle Amt") ønskes udbredt til hele klyngen og regionen på sigt.

### *Screening*

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder screener patienterne for rygning, ernæring og fald. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og hospitalet er enige om, at kommunerne og hospitalet koordinerer screeningsindsatserne og udveksler screeningsresultaterne. Det aftales i klyngen, hvordan koordineringen og udvekslingen sikres.

Svangreomsorg i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enige om, at opsporing af gravide misbrugere er et fælles indsatsområde.

Kommunerne og hospitalet er endvidere enige om, at de nuværende aftaler om for tidligt fødte, udskrivning af nybagte mødre og ammepolitik videreføres og justeres i henhold til den

nye lovgivning. Aftalerne er udarbejdet af fødeplanudvalget i Vejle Amt på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg.

## **Horsens Kommune**

### *Samarbejdsstruktur:*

Med henblik på at følge op på sundhedsaftalen etableres en lokal styregruppe på chefniveau. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune, Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, praksis og Region Midtjylland er repræsenteret i den lokale styregruppe. Styregruppen mødes 2 gange årligt. Kommunerne, hospitalet og regionen udarbejder kommissorium for den lokale styregruppe. Den lokale styregruppe nedsætter følgegrupper efter behov, hvor Region Midtjylland kan deltage ad hoc. Den lokale styregruppe organiseres omkring Regionshospitalet Horsens og sekretariatsbetjenes fra hospitalet.

Regionshospitalet Horsens har initiativpligten til at indkalde styregruppen.

Hvis der opstår uoverensstemmelser i samarbejdet, løses de her og nu på lederniveau. Principielle problemstillinger løftes op i den lokale styregruppe.

### **Aftale om indlæggelsesforløb:**

Krav 1:

Elektronisk kommunikation

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospitaler.

### *Åbne indlæggelser*

Der gennemføres en kortlægning af antal og omfang af patienter med "åben indlæggelser" i regi af de lokale styregrupper / faglige følgegrupper. Der er etableret en praksis vedrørende åbne indlæggelser, herunder vedrørende cancerpatienter og meget syge kroniske patienter i samarbejde mellem praktiserende læger, hospitaler og kommuner. Der er ingen aktuelle planer om at ændre praksis. Der aftales fokus på om omfang og antal af åbne indlæggelser er hensigtsmæssig.

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser.

### *Aftale om udskrivningsforløb:*

Krav 1:

Varslingsfrister

Kommune og hospital er enige om fortsat at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne.

Der arbejdes videre med definition m.v. af varslingsfristerne i den lokale styregruppe, herunder definition på eksempelvis nedsat funktionsevne og omfattende boligændringer.

### *Den palliative indsats*

I det tidligere Vejle Amt blev den palliative indsats til kommunerne omkring Regionshospitalet Horsens ydet fra det palliative team på Vejle Sygehus. Fra 1. januar 2007 fortsætter denne aftale, og den vil omfatte Hedensted Kommune, Horsens Kommune og dele af Ikast-Brande Kommune. Det skal bemærkes, at patienter fra Odder Kommune som regel ikke er indlagt på Vejle Sygehus.

Der pågår forhandlinger mellem Region Midtjylland og Region Syddanmark om, hvordan regionerne finansierer samhandel på tværs af regionsgrænserne, herunder den palliative indsats fra Vejle Sygehus.

Kommunerne og Regionshospitalet Horsens vil arbejde på at sikre en ensartet fælles palliativ indsats. Region Midtjylland har indsendt en ansøgning om midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Hospicepulje 2006, bl.a. til etablering af et palliativt team på Regionshospitalet Horsens. Arbejdet med at ensarte den fælles palliative indsats bør afvente, indtil afgørelsen på ansøgningen foreligger.

#### *Alvorligt syge og døende*

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder vil fortsætte samarbejdet om pleje og omsorg for alvorligt syge og døende i eget hjem med henblik på at etablere en ensartet aftale. Der samarbejdes ud fra eksisterende aftaler og arbejdes frem mod én fælles aftale i sundhedsklyngen.

Krav 3:

Udgående funktioner

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder finansierer udefunktionen med ernærings- og iltsygeplejerske og i forhold til KOL.

#### **Aftale om genoptræning:**

Krav 1:

Hjemmebesøg

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

Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning. Området drøftes i regi af styregruppen.

#### *Overtagelse af almindelig ambulant genoptræning*

Horsens Kommune har overtaget alle kategori 1 og 2 genoptræningsopgaver pr. 1. marts 2007.

#### *ICF*

Horsens Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder vil arbejde med ICF som den fælles referenceramme på genoptræningsområdet.

Krav 5:

Odder Kommune, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder nedsætter en følgegruppe med en repræsentant fra hver kommune og fra hospitalet. Følgegruppen følger op på genoptræningsområdet og sikrer fælles vidensdeling og kompetenceudvikling. Hospitalet har initiativ til at indkalde følgegruppen.



### **Aftale om hjælpemidler:**

Krav 1:

Region Midtjylland og kommunerne retter henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om finansiering af behandlingsredskaber/hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning. Ministeriets svar vil være gældende for sundhedsaftalen.

### **Aftale om forebyggelse og sundhedsfremme:**

Krav 1:

#### *Kronikerområdet*

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enig om at prioritere kronikerområdet højt. Dette sikres ved at videreføre de eksisterende programmer (KOL, apopleksi, diabetes, hoftenære frakturer og ernæring) fra Vejle Amt samt videreudvikle og udbrede dem.

Livsstilscentret i Brædstrup tilbyder hovedsagligt behandling til patienter med

- Hjerte-kar sygdomme
- Diabetes
- Svære overvægt/truende ledskader
- KOL, bronkitis og luftvejssygdomme
- Osteoporose
- Uønsket barnløshed i kombination med svær overvægt
- Samt til forældre med overvægtige børn

Behandlingen består af indlæggelse 3 gange af 4 døgns varighed. Under indlæggelsen modtager patienterne holdundervisning og praktisk træning.

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune og Odder Kommune vil følge arbejdet med Livsstilscentret i Brædstrup i forhold til det kommunale samarbejde. Kommunerne og hospitalet følger arbejdet med organisering og udvikling af Livsstilscentrets tilbud.

Regionshospitalet Horsens og kommunerne vil i købet af det 1. halvår 2007 konkretisere, hvordan et tættere tværsektorielt samarbejde styrkes, og hvordan det konkret skal udmøntes. Udgangspunktet for dette arbejde er Livsstilscentrets Strategier 2006, som bl.a. omfatter vidensdeling til kommunerne og integrering af kommunerne efter udskrivning. Regionshospitalet Horsens har initiativpligten.

MRSA-samarbejdet (mertilin resistente staphylococ aureus)

Aftalen om MRSA-samarbejdet ("MRSA-samarbejdet mellem primær og sekundær sektor i Vejle Amt") ønskes udbredt til hele klyngen og regionen på sigt.

### **Screening**

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder screener patienterne for rygning, ernæring og fald. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og hospitalet er enige om, at kommunerne og hospitalet koordinerer screeningsindsatserne og udveksler screeningsresultaterne. Det aftales i klyngen, hvordan koordineringen og udvekslingen sikres, eksempelvis via en MedCom Standard.

På sigt vil klyngen også arbejde med andre risikoområder, eksempelvis alkohol.

*Svangreomsorg i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel*

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enige om, at opsporing af gravide misbrugere er et fælles indsatsområde. Det er endvidere intentionen på sigt at samarbejde om indsatsen overfor sårbare gravide.

Kommunerne og hospitalet er endvidere enige om, at de nuværende aftaler om for tidligt fødte, udskrivning af nybagte mødre og ammepolitik videreføres og justeres i henhold til den nye lovgivning. Aftalerne er udarbejdet af fødeplanudvalget i Vejle Amt på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg.

## **Hedensted Kommune**

### *Samarbejdsstruktur:*

Med henblik på at følge op på sundhedsaftalen etableres en lokal styregruppe på chefniveau. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune, Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, praksis og Region Midtjylland er repræsenteret i den lokale styregruppe. Styregruppen mødes 2 gange årligt. Kommunerne, hospitalet og regionen udarbejder kommissorium for den lokale styregruppe. Den lokale styregruppe nedsætter følgegrupper ad hoc. Den lokale styregruppe organiseres omkring Regionshospitalet Horsens og sekretariatsbetjenes fra hospitalet. Regionshospitalet Horsens har initiativpligten til at indkalde styregruppen.

Hvis der opstår uoverensstemmelser i samarbejdet, løses de her og nu på lederniveau. Principielle problemstillinger løftes op i den lokale styregruppe.

### **Aftale om indlæggelsesforløb:**

Krav 1:

Elektronisk kommunikation

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospitaler.

### **Åbne indlæggelser**

Hedensted Kommune og Regionshospitalet Horsens vil bevare tilbudet om åbne indlæggelser. Det er primært cancerpatienter og meget syge kronikere, som tilbydes en åben indlæggelse. I 2007 udarbejdes en handlingsplan for, hvordan der sættes fokus på det sammenhængende forløb og patientens mulighed for at anvende åben indlæggelse og udgående teams samt få støtte fra praktiserende læge. Den lokale styregruppe er ansvarlig herfor. Det faktiske antal af åbne indlæggelser og visitationskriterierne til de åbne indlæggelser vil i den forbindelse blive afdækket.

### **Aftale om udskrivningsforløb:**

Krav 1:

Varsling

Kommune og hospital er enige om fortsat at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne. Der er enighed om, at der skal tages hensyn til patientens samlede situation i forhold til det gode patientforløb.

Der arbejdes videre med problematikken vedr. færdigbehandlede patienter og definition m.v. af varslingsfristerne i den lokale styregruppe, herunder definition på eksempelvis nedsat funktionsevne og omfattende boligændringer.

### *Den palliative indsats*

I det tidligere Vejle Amt blev den palliative indsats til kommunerne omkring Regionshospitalet Horsens ydet fra det palliative team på Vejle Sygehus. Fra 1. januar 2007 fortsætter denne aftale, og den vil omfatte Hedensted Kommune, Horsens Kommune og dele af Ikast-Brande Kommune. Det skal bemærkes, at patienter fra Odder Kommune som regel ikke er indlagt på Vejle Sygehus.

Der pågår forhandlinger mellem Region Midtjylland og Region Syddanmark om, hvordan regionerne finansierer samhandel på tværs af regionsgrænserne, herunder den palliative indsats fra Vejle Sygehus.

Kommunerne og Regionshospitalet Horsens vil arbejde på at sikre en ensartet fælles palliativ indsats. Region Midtjylland har indsendt en ansøgning om midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Hospicepulje 2006, bl.a. til etablering af et palliativt team på Regionshospitalet Horsens. Arbejdet med at ensarte den fælles palliative indsats bør afvente, indtil afgørelsen på ansøgningen foreligger.

#### *Alvorligt syge og døende*

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder vil fortsætte samarbejdet om pleje og omsorg for alvorligt syge og døende i eget hjem med henblik på at etablere en ensartet aftale. Der samarbejdes ud fra eksisterende aftaler og arbejdes frem mod én fælles aftale i sundhedsklyngen.

#### Krav 3:

##### Udgående teams

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder finansierer udefunktionen med ernærings- og sygeplejerske og iltsygeplejerske i forhold til KOL. Hospitalet er ved at etablere et geriatrisk team på Regionshospitalet Odder.

#### Aftale om genoptræning:

#### Krav 1:

##### Hjemmebesøg

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

Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning. Området drøftes i regi af styregruppen.

#### *Overtagelse af almindelig ambulant genoptræning*

Hedensted Kommune har overtaget alle kategori 1 og 2 genoptræningsopgaver pr. 1. januar 2007.

#### *ICF*

Hedensted Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder vil arbejde med ICF som den fælles referenceramme på genoptræningsområdet.

#### Krav 5:

Odder Kommune, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder nedsætter en følgegruppe med en repræsentant fra hver kommune og fra hospitalet. Følgegruppen følger op på genoptræningsområdet og sikrer fælles vidensdeling og kompetenceudvikling. Hospitalet har initiativ til at indkalde følgegruppen.

#### **Aftale om hjælpemidler:**

#### Krav 1:

Region Midtjylland og kommunerne retter henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om finansiering af behandlingsredskaber/hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning. Ministeriets svar vil være gældende for sundhedsaftalen.

## **Aftale om forebyggelse og sundhedsfremme:**

Krav 1:

Kronikerområdet

Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enige om at prioritere kronikerområdet højt. Dette sikres ved at videreføre de eksisterende programmer (KOL, apopleksi, diabetes, hoftenære frakturer og ernæring) fra Vejle Amt samt videreudvikle og udbrede dem.

Livsstilscentret i Brædstrup tilbyder hovedsagligt behandling til patienter med

- Hjerte-kar sygdomme
- Diabetes
- Svære overvægt/truende ledskader
- KOL, bronkitis og luftvejssygdomme
- Osteoporose
- Uønsket barnløshed i kombination med svær overvægt
- Samt til forældre med overvægtige børn

Behandlingen består af indlæggelse 3 gange af 4 døgns varighed. Under indlæggelsen modtager patienterne holdundervisning og praktisk træning.

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune og Odder Kommune vil følge arbejdet med Livsstilscentret i Brædstrup i forhold til det kommunale samarbejde. Kommunerne og hospitalet følger arbejdet med organisering og udvikling af Livsstilscentrets tilbud.

Regionshospitalet Horsens og kommunerne vil i løbet af det 1. halvår 2007 konkretisere, hvordan et tættere tværsektorielt samarbejde styrkes, og hvordan det konkret skal udmøntes. Udgangspunktet for dette arbejde er Livsstilscentrets Strategier 2006, som bl.a. omfatter vidensdeling til kommunerne og integrering af kommunerne efter udskrivning. Regionshospitalet Horsens har initiativpligten.

MRSA-samarbejdet (mertilin resistente staphylococ aureus)

Aftalen om MRSA-samarbejdet ("MRSA-samarbejdet mellem primær og sekundær sektor i Vejle Amt") ønskes udbredt til hele klyngen og regionen på sigt.

### *Screening*

Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder screener patienterne for rygning, ernæring og fald. Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Odder Kommune og hospitalet er enige om, at kommunerne og hospitalet koordinerer screeningsindsatserne og udveksler screeningsresultaterne. Det aftales i klyngen, hvordan koordineringen og udvekslingen sikres, eksempelvis via en MedCom standard.

På sigt vil klyngen også arbejde med andre risikoområder, eksempelvis alkoholmisbrug og motion.

### *Svangreomsorg i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel*

Hedensted Kommune og Regionshospitalet Horsens – Brædstrup - Odder er enige om fortsat at samarbejde om opsporing af gravide misbrugere. Det er endvidere intentionen på sigt at samarbejde om indsatsen overfor sårbare gravide.

Kommunerne og hospitalet er endvidere enige om, at de nuværende aftaler om for tidligt fødte, udskrivning af nybagte mødre og ammepolitik videreføres og justeres i henhold til den nye lovgivning. Aftalerne er udarbejdet af fødeplanudvalget i Vejle Amt på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg.

## Herning Kommune

Herning Kommune deltager i den lokale styregruppe og de faglige følgegrupper i klyngen af kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer og Lemvig kommuner) omkring Hospitalsenhed Vest. I dette samarbejde deltager, udover kommuner og hospital, repræsentanter for Region Midtjylland, samt praktiserende læger og fysioterapeuter.

Dette er indføjet alle relevante steder i sundhedsaftalen.

Aftalen om indlæggelse og udskrivningsforløb

- Indlæggelse

Krav 1

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospital.

Håndtering af dosisdispenseret medicin behandles som tema i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Den lokale faglige følgegruppe / styregruppe præciserer betaling og varetagelse af transport fra patientens hjem ved alternativ indlæggelse i kommunen.

Retningslinierne for samarbejdet vedrørende terminalpatienter drøftes i den lokale faglige følgegruppe.

Der gennemføres en kortlægning af antal og omfang af patienter med åben indlæggelse i regi af den lokale faglige følgegruppe. Der er på Regionshospitalet Vest etableret en praksis vedrørende åbne indlæggelser, herunder vedrørende cancerpatienter og meget syge kroniske patienter. Praksis er etableret i samarbejde mellem praktiserende læger, hospital og kommuner. Der er ingen aktuelle planer om at ændre de fastlagte aftaler.

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser.

Krav 2

Kommune, praksis og hospital gennemfører i regi af den lokale faglige følgegruppe en nærmere kortlægning af kommunens, praktiserende lægers og hospitalets indsatsmuligheder. Der aftales en fokus på genindlæggelser, 1 dags indlæggelser og indlæggelse af borgere med kroniske sygdomme (i udgangspunktet borgere med KOL, diabetes II og hjerteinsufficiens), samt en proces for den kommende nye akkrediteringsmodel.

I forbindelse med arbejdet med forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser indgår kommune og hospital i en tæt dialog med henblik på at nedbringe omfanget.

*Beskrivelse af Herning kommunes indsats:*

Tilstrækkelig kapacitet (viden og kompetencer) i hjemmesygeplejen/ døgnvagten med specialuddannede kommunale nøglepersoner (demenskonsulenter, palliations- sygeplejersker, diabetessygeplejersker, cancer-sygeplejersker, sår-sygeplejersker, viden og ressourcer omkring inkontinens, terminalsygepleje og stomisygeplejersker).

Aflastningsstuer – planlagte (og akutte) på plejehjemmene.

Vagtberedskab i form af døgnpleje – dog ingen ikke-planlagte udskrivelser til døgnplejen.

Vidensformidling til praktiserende læger/vagtlæger om kommunernes alternative tilbud. Hjemmesygeplejerskerne er i telefonisk kontakt med lægerne. Indlæggelses- og udskrivningshåndbogen anvendes som manual i forhold til kontakten.

Kommunal ansat praksiskonsulent – Herning Kommune er p.t. i rekrutteringsfase.

Akut støtte- og aflastningsmuligheder i hjemmet til pårørende, der varetager pasning og pleje af den syge/svage. Herning Kommune kan tilbyde planlagte aflastningsophold. Tillige har kommunen tilbud om hjemmesygeplejerske i hjemmet i form af frivillige demensaflastere i hjemmet. Dette er et samarbejde mellem demenskoordinatoren og de frivillige organisationer. Indsats kan koordineres via hjemmesygeplejersken og omfatter udelukkende planlagte forløb.

Patientundervisningstilbud i styrkelse af borgerens/patientens mulighed for egenomsorg/bedremestring m.m. af sin sygdom/tilstand, så behovet/risikoen for (gen)indlæggelser reduceres. Det kan være udvalgte patientgrupper og/eller personer. Herning Kommune har på dette område: hjemme-sygeplejerskefunktion, sygeplejeklinikfunktion samt demens-undervisningstilbud ved demenskonsulent.

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

### **Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter**

Krav 1

Kommune og hospital er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne.

Krav 3

Kommunen præciserer sine tilbud, og hospitalet præciserer organiseringen af de udgående teams, i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe. Kommune og hospital vil samarbejde om udviklingen og etableringen af udgående teams, og samarbejde vedrørende udvalgte patientgrupper, herunder terminalpatienter.

### **Beskrivelse af Herning Kommunes tilbud**

*Den kommunale hjemmepleje:*

Beredskab i forhold til visitation

*Eget hjem:*

Støtte til pårørende

*Specialsygepleje*

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

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



#### *Kommunale institutioner:*

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

#### *Sygeplejeklinikker*

Vidensformidling til praktiserende læger / vagtlæger om kommunens alternative tilbud. Udover det allerede beskrevne ovenfor har Herning Kommune ønske om på sigt at udvikle hjemmeside, informationsmateriale i form af pjece (papirformat og elektronisk), infojournaler samt infosider i aviser, kontaktpersoner i form af visitator, hjemmesygeplejersker og sygeplejeklinikker samt endelig ansættelse af praksiskonsulent. Sidstnævnte proces er igangsat.

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

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

#### Krav 4

Kommune, hospital og region afholder 1 – 2 årlige evalueringsmøder vedrørende sundhedsaftalerne. Der afholdes bilaterale møder efter behov vedrørende særlige samarbejder / projekter.

#### **Aftale for træningsområdet**

##### Krav 1

I forlængelse af de fælles målsætninger konstateres det, at det ikke har været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud. Der konstateres forskel mellem hvor meget genoptræning region og kommune forventer vil foregå på hospitalerne og i kommunen.

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

Der aftales en audit. Det konkrete indhold i denne audit aftales i den faglige følgegruppe / styregruppe.

Det aftales, at kommune og hospital yderligere kortlægger deres respektive tilbud og arbejdsdeling i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning. Området drøftes i regi af styregruppen.

#### Krav 2

Når Med Com-standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk.

Kommune ønsker indført elektronisk udveksling snarest, i henhold til aftaler om elektronisk dokumentudveksling mellem offentlige myndigheder, E-dag 2. Området udgør et fælles fokuspunkt.

Kommunerne aftaler nærmere med det lokale hospital vedrørende behov for udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Kontaktpersonordningen præciseres i den lokale faglige følgegruppe.

Afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder sker løbende i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe, og på regionalt niveau.

#### Krav 3

Herning Kommune vurderer ud fra genoptræningsplanen behovet for kørsel og bestiller kørsel til både den almindelige og den specialiserede genoptræning.

Ventetid indgår som et fokuspunkt for den lokale faglige følgegruppe.

#### Krav 4

Den lokale faglige følgegruppe medvirker til det løbende samarbejde om sikring af kapaciteten.

#### Krav 5

Der aftales en audit vedrørende genoptræningsplanernes kvalitet, m.v., i regi af den faglige følgegruppe.

### **Aftale om Hjælpemiddelområdet**

#### Krav 1

Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

Regionshospital Vest kan til terminale borgere med åben indlæggelse, rekvirere hjælpemidler direkte på hjælpemiddeldepotet i Herning Kommune, udenom visitation / distriktsterapeuter. Kontakt adressen vil fremgå af udskrivningshåndbogen.

### **Aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

#### Krav 1

Der sker opfølgning vedrørende området, herunder arbejdsdeling og opgave med formidling af arbejdsdelingen til praktiserende læger og borgere, i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Økonomien m.v. i mulige ydelser fra regionen / hospital / Center for folkesundhed afklares.

Muligheden for gentagelse / opdatering af sundhedsprofilen drøftes i den administrative styregruppe.

Der er udarbejdet en beskrivelse af et 3-årigt pilotprojekt omkring patientundervisning på baggrund af lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af regionen. Hensigten med det 3-årige pilotprojekt er, at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og aktiv medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regions regi.

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

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

På Hospitalsenhed Vest vil lærings- og mestringskonceptet blive integreret i uddannelsesforløb indenfor diabetes og KOL samt eventuelt hjertehold. Økonomisk lægges op til fordeling af udgifterne således, at Region Midtjylland dækker udgifterne til Center for Folkesundhed, udgiften til de praktiserende læger og Hospitalsenhed Vest, mens kommunerne hver især betaler deres egne udgifter. Det er intentionen, at pilotperioden starter 1. april 2007 med forberedelse af projektet samt igangsætning og pilotdrift fra 1. august 2007.

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

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

Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende projekt omkring stress.

Overvægtige børn og MRSA udgør fælles fokusområder.

Rehabilitering af kræftpatienter udgør et fælles projekt.

Krav 2

Kommunerne finder behov for dialog kommunerne imellem og understreger inddragelsen af praksissektoren i søjlerne.

Sammenhængen mellem de tre søjler præciseres i den videre proces.

Krav 5

Der gennemføres en koordinering af området i den lokale faglige følgegruppe, og der udarbejdes et dokument med relevante oplysninger.

Kommunerne udarbejder en liste over kontaktpersoner.

## **Holstebro Kommune**

Holstebro Kommune deltager i den lokale styregruppe og de faglige følgegrupper i klyngen af kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer og Lemvig kommuner) omkring Hospitalsenhed Vest. I dette samarbejde deltager, udover kommuner og hospital, repræsentanter for Region Midtjylland, samt praktiserende læger og fysioterapeuter.

Dette er indføjet alle relevante steder i sundhedsaftalen.

### **Aftalen om indlæggelse og udskrivningsforløb**

- Indlæggelse

#### **Krav 1**

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospital.

Håndtering af dosisdispenseret medicin behandles som tema i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Den lokale faglige følgegruppe / styregruppe præciserer betaling og varetagelse af transport fra patientens hjem ved alternativ indlæggelse i kommunen.

Retningslinierne for samarbejdet vedrørende terminalpatienter drøftes i den lokale faglige følgegruppe.

Der gennemføres en kortlægning af antal og omfang af patienter med åben indlæggelse i regi af den lokale faglige følgegruppe. Der er på Regionshospitalet Vest etableret en praksis vedrørende åbne indlæggelser, herunder vedrørende cancerpatienter og meget syge kroniske patienter. Praksis er etableret i samarbejde mellem praktiserende læger, hospital og kommuner. Der er ingen aktuelle planer om at ændre de fastlagte aftaler.

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser.

#### **Krav 2**

Kommune, praksis og hospital gennemfører i regi af den lokale faglige følgegruppe en nærmere kortlægning af kommunens, praktiserende lægers og hospitalets indsatsmuligheder. Der aftales en fokus på genindlæggelser, 1 dags indlæggelser og indlæggelse af borgere med kroniske sygdomme (i udgangspunktet borgere med KOL, diabetes II og hjerteinsufficiens), samt en proces for den kommende nye akkrediteringsmodel.

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

### **Beskrivelse af Holstebro Kommunes indsats**

- Holstebro Kommunes hjemmepleje sikrer døgnpleje, som varetages af tværfaglige teams bestående af Teamleder, sosu- hjælpere, sosu- assistenter, sygeplejersker og ergo/fysioterapeuter, hvor Teamleder planlægger, koordinerer samt sikrer kvaliteten i indsatsen. Sygeplejersken er faglig nøgleperson og sikrer den nødvendige pleje og omsorg, inddrager relevante samarbejdsparter, interne og eksterne, ud fra en helhedsvurdering af borgerens livssituation. Sygeplejersken etablerer kontakt til

relevante kommunale tilbud eks. dagcenter, gæsteophold (aflastning, udredning, træning), dagtilbud for hjemmeboende demente.

- Kontinuerlig faglig udvikling/uddannelse af til sikring af tilfredsstillende kvalitet i indsatsen. Kontinuerlig evaluering af indsatsen.
- Holstebro Kommune tilbyder akutte gæstestuer til korte og længerevarende ophold til syge/svage borgere.
- Vidensformidling til praktiserende læger/vagtlæger om kommunernes alternative tilbud, bl.a. ved kommunal ansat praksiskonsulent
- Holstebro Kommune tilbyder hurtigst muligt støtte- og aflastningsmuligheder i hjemmet til pårørende, der varetager pasning og pleje af den syge/svage.
- Undervisningstilbud i styrkelse af borgerens/patientens mulighed for egenomsorg/bedre mestring m.m. af sin sygdom/tilstand, så behovet/risikoen for (gen)indlæggelser reduceres. Det kan være udvalgte patientgrupper og/eller personer.
- Etablering af sundhedscenter, som ved forskellige tiltag er medvirkende til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

### **Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter**

#### **Krav 1**

Kommune og hospital er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne.

#### **Krav 3**

Kommunen præciserer sine tilbud, og hospitalet præciserer organiseringen af de udgående teams, i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe. Kommune og hospital vil samarbejde om udviklingen og etableringen af udgående teams, og samarbejde vedrørende udvalgte patientgrupper, herunder terminalpatienter.

### **Beskrivelse af Holstebro Kommunes indsatser**

- Holstebro Kommune tilbyder hjælp hurtigst muligt efter færdigbehandling på sygehus.
- Visitationsenheden i Holstebro Kommune koordinerer hjælpen i samråd med borger/pårørende, sygehus og leverandør på hverdage i dagtiden.
- På andre tidspunkter af døgnet koordineres hjælpen af leverandøren i Holstebro Kommune.
- Teamleder eller hjemmesygeplejerske fra kommunen deltager i teammøder på sygehuset i forbindelse med planlægning af udskrivelse, og sikrer den efterfølgende pleje og omsorg i hjemmet.
- Hjemmeplejen modtager færdighandlede patienter svarende til de aftalte varslingsfrister for udskrivning.

#### **Eget hjem**

- Holstebro Kommune tilbyder hurtigst muligt støtte- og aflastningsmuligheder i hjemmet til pårørende, der varetager pasning og pleje af den syge/svage.
- Visitationsenheden i Holstebro Kommune koordinerer hjælpen i samråd med borger/pårørende, sygehus og leverandør på hverdage i dagtiden.
- På andre tidspunkter af døgnet koordineres hjælpen af leverandøren i Holstebro Kommune.
- Kommunens sygeplejerske sikrer, at der ud fra en helhedsvurdering af borgerens livssituation og ud fra borgerens ønsker, etableres kontakt til relevante samarbejdspartnere, med det formål på at styrke borgerens evne til at mestre tilværelsen i eget hjem efter udskrivelsen.
- Kommunens sygeplejerske sikrer, at plejen har et sundhedsfremmende og forebyggende sigte. At kommunale tilbud - herunder dagcenter, gæsteophold (aflastning, udredning, træning), dagtilbud for hjemmeboende demente, fast vagt i

hjemmet i akut fase - etableres med sigte på at forebygge genindlæggelse. Sygeplejersken evaluerer effekten af den forebyggende indsats.

#### Kommunale institutioner

- Holstebro Kommune tilbyder plejeboliger, ældreboliger og gæsteophold hurtigst muligt efter færdigbehandling på sygehus.
- Visitationsenheden i Holstebro Kommune koordinerer hjælpen i samråd med borger/pårørende, sygehus og leverandør hverdage mellem 08:15 – 13:00.
- På andre tidspunkter af døgnet koordineres hjælpen af leverandøren i Holstebro Kommune.

#### Sundhedscentret

- målrettet og differentieret indsats igennem de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg for ældre
- Tilbud som udbydes som diagnosespecifikke forløb for grupper af borgere, hvor målet er at rette fokus på livet med kroniske belastninger. Fagkundskaaber og patienterfaring ligestilles. Metoder til effektiv læring skal bidrage til at øge den enkeltes evne til at mestre sin situation.
- Oprette ikke-diagnosespecifikke forløb for grupper af borgere efter et internationalt koncept, hvor borgere med kronisk sygdom gennemgår et uddannelsesforløb instrueret af erfarne kronisk syge
- Etablere tematiseret lærings- og mestringstilbud, eksempelvis vedr. inkontinens og faldtendens.
- Se i øvrigt Aftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

#### Krav 4

Kommune, hospital og region afholder 1 – 2 årlige evalueringsmøder vedrørende sundhedsaftalerne. Der afholdes bilaterale møder efter behov vedrørende særlige samarbejder / projekter.

### **Aftale for træningsområdet**

#### Krav 1

I forlængelse af de fælles målsætninger konstateres det, at det ikke har været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud. Der konstateres forskel mellem hvor meget genoptræning region og kommune forventer vil foregå på hospitalerne og i kommunen.

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

Det aftales, at kommune og hospital yderligere kortlægger deres respektive tilbud og arbejdsdeling i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Beskrivelse af Holstebro Kommunes planlægning, m.v.:

Holstebro Kommune ønsker at hjemtage de almindelige ambulante genoptræningsopgaver efter hospitalsindlæggelse, som medfølges af en genoptræningsplan.

Holstebro Kommune har organiseret træningen, således at den som udgangspunkt foregår på kommunens rehabiliteringscenter.

Rehabiliteringscentret er indrettet med 2 store træningslokaler (fysioterapier), der er veludstyret med div. træningsredskaber. Der forefindes endvidere undersøgelsesrum med brikse, samt mindre lokaler til træning.

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

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

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

Det er aftalt med de privatpraktiserende fysioterapeuter i kommunen, at de varetager den almene træning i de tilfælde, hvor de af kommunen ansatte terapeuter ikke besidder tilstrækkelige, faglige kompetencer. De ansatte terapeuter har dog en bredt faglig kunnen, og det har derfor indtil videre ikke været nødvendigt at videregive træningen til klinikkerne.

#### Krav 2

Når Med Com-standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk.

Kommunerne aftaler nærmere med det lokale hospital vedrørende behov for udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Kontaktpersonordningen præciseres i den lokale faglige følgegruppe.

Afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder sker løbende i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe, og på regionalt niveau.

#### Krav 3

Ventetid indgår som et fokuspunkt for den lokale faglige følgegruppe.

#### Krav 4

Den lokale faglige følgegruppe medvirker til det løbende samarbejde om sikring af kapaciteten.

#### Krav 5

Der aftales en audit vedrørende genoptræningsplanernes kvalitet, m.v., i regi af den faglige følgegruppe.

Mellem Regionshospital Vest og Holstebro Kommune følges jævnligt op – f.eks. ved halv-årlige møder – på, om fordelingen af, hvilke genoptræningsforløb hospitalet hhv. kommunen udfører, er hensigtsmæssig eller om noget mere hensigtsmæssigt i stedet kan udføres af den anden part.

### **Aftale om Hjælpemiddelområdet**

#### Krav 1

Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.



## **Aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

### **Krav 1**

Der sker opfølgning vedrørende området, herunder arbejdsdeling og opgave med formidling af arbejdsdelingen til praktiserende læger og borgere, i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Økonomien m.v. i mulige ydelser fra regionen / hospital / Center for folkesundhed afklares.

Muligheden for gentagelse / opdatering af sundhedsprofilen drøftes i den administrative styregruppe.

Der er udarbejdet en beskrivelse af et 3-årigt pilotprojekt omkring patientundervisning på baggrund af lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af regionen. Hensigten med det 3-årige pilotprojekt er, at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og aktiv medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regions regi.

Ved læring og mestring undervises kronisk syge og deres pårørende af en erfaren patient sammen med en fagperson (læge, sygeplejerske eller anden med sundhedsfaglig baggrund) i hospitalsregi. De centrale principper er uddannelse af kronisk syge samt kompetenceudvikling af undervisere. Der vil blive tilbudt lærings- og mestringsforløb i kommunalt regi indenfor: Undervisning af mennesker med kroniske lidelser diagnosespecifikt indenfor diabetes, lunge og hjerteforløb, samt Undervisning af mennesker med kroniske lidelser på tværs af diagnoser. I relation til den diagnosespecifikke uddannelse er der mulighed for at kommunerne kan gå sammen om nogle undervisningsforløb. På Hospitalsenhed Vest vil lærings- og mestringskonceptet blive integreret i uddannelsesforløb indenfor diabetes og KOL samt eventuelt hjertehold.

Økonomisk lægges op til fordeling af udgifterne således, at Region Midtjylland dækker udgifterne til Center for Folkesundhed, udgiften til de praktiserende læger og Hospitalsenhed Vest, mens kommunerne hver især betaler deres egne udgifter. Det er intentionen, at pilotperioden starter 1. april 2007 med forberedelse af projektet samt igangsætning og pilotdrift fra 1. august 2007.

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

## **Beskrivelse af tilbud i og aftaler med Holstebro Kommune**

Sundhedsfremmende og forebyggende tilbud:

Åben rådgivning for borgerne med mulighed for afklarende samtale om sundhed og livsstil

Indsatser for at reducere livsstilssygdomme og følgerne heraf, fokus rettes imod:

- Kost – måltidet, ernæring, vægt m.v.
- Rygning - rygeafvænningsforløb, røgfrie miljøer og forebygge rygestart
- Alkohol og stoffer i samarbejde med Arbejdsmarkeds- og Børn og Unge afdeling
- Motion – aktivitet, netværk og rehabilitering
- målrettet og differentieret indsats igennem de lovpligtige forebyggende hjemmebesøg for ældre

- Særlige tilbud overfor demente og deres pårørende ved demenskonsulenten
- Særlige indsatser for udsatte grupper i tæt kontakt og samarbejde til fagforvaltning eller / og de frivillige organisationer, f.eks. unge gravide, dårligt integrerede indvandrerkvinder, voldsramte og unge med psykiske problemer, indsatser rettet mod forebyggelse af ensomhed og isolation.

#### *Sundhedscentrets lærings- og mestringstilbud*

Tilbud som udbydes som diagnosespecifikke forløb for grupper af borgere, hvor målet er at rette fokus på livet med kroniske belastninger. Fagkundskaber og patienterfaring ligestilles. Metoder til effektiv læring skal bidrage til at øge den enkeltes evne til at mestre sin situation. Tilbuddet rettes mod folkesygdomme f.eks. kredsløbssygdomme, osteoporose, lungelidelser, diabetes og vandladningsproblemer. Tilbuddet kræver samarbejde med regionen.

Oprette ikke-diagnosespecifikke forløb for grupper af borgere efter et internationalt koncept, hvor borgere med kronisk sygdom gennemgår et uddannelsesforløb instrueret af erfarne kronisk syge. Målet er at lære at leve med de problemstillinger, som er almene for patienter med kroniske lidelsers mulighed for at mestre sin situation. Tilbuddet rettes mod folkesygdomme f.eks. kredsløbssygdomme, personer med kronisk sygdom.

Etablere tematiseret lærings- og mestringstilbud, eksempelvis vedr. inkontinens og faldtendens. Kommunens medarbejdere med særlig viden inden for områderne varetager opgaven som en del af det professionelle virke.

Holstebro Kommunes tilbud inden for Sundhedscentret er nærmere belyst på [www.holstebro.dk](http://www.holstebro.dk)

Holstebro kommune og Region Midtjylland indgår aftale om at gennemføre et KOL projekt. KOL - Kronisk obstruktiv lungelidelse – er en af de væsentlige folkesygdomme i Danmark. 200.000 er registreret KOL patienter, men det reelle tal er formentlig snarere 300.000. Der dør 10 danskere om dagen af KOL. Årsagen til KOL er i 85 – 90 % af tilfældene rygning. Formålet med projektet er at undersøge effekten af at ansætte en kommunal KOL sygeplejerske (care manager), som skal være med til at bryde symptomcirklen og dermed sikre stigende funktionsevne – med det formål at give et bedre hverdagsliv og øge muligheden for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der skal tilbydes spirometri på sundhedscentret, rehabiliteringscentret og som et mobilt tilbud i de enkelte lokalområder (form og indhold på baggrund af aftaler med Hospital og praksiskonsulenter). Inden for rehabilitering indgår bl.a. følgende indsatser: rygeafvænning, fysisk træning indledes på rehabiliteringscenter - vurdere muligheden for at skabe bro til foreningsregi, medicinsk korrekt behandling (kompetence afklares imellem sektorerne), vejtrækningsteknikker og ernæringsvejledning. Der lægges vægt på, at Care manageren skal være meget synlig –Indsatsen kan suppleres med en forebyggende indsats overfor særlige risikogrupper.

Udgiften til projektet beløber sig til 650.000 kr. med ligeligt delt finansiering imellem Holstebro Kommune og Region Midtjylland. Projektet forudsættes gennemført i et samarbejde med DSI.

Det aftales, at der gennemføres et projekt omkring overvægtige børn mellem Holstebro Kommune og Hospitalsenhed Vest. Der udarbejdes en nærmere beskrivelse af projektet. Hospitalet tager initiativ hertil.

#### Krav 2

Kommunerne finder behov for dialog kommunerne imellem og understreger inddragelsen af praksissektoren i søjlerne.

Sammenhængen mellem de tre søjler præciseres i den videre proces.

#### Krav 5

Der gennemføres en koordinering af området i den lokale faglige følgegruppe, og der udarbejdes et dokument med relevante oplysninger.

Kommunerne udarbejder en liste over kontaktpersoner.

## **Ringkøbing-Skjern Kommune**

Ringkøbing-Skjern Kommune deltager i den lokale styregruppe og de faglige følgegrupper i klyngen af kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer og Lemvig kommuner) omkring Hospitalsenhed Vest. I dette samarbejde deltager, udover kommuner og hospital, repræsentanter for Region Midtjylland, samt praktiserende læger og fysioterapeuter.

Dette er indføjet alle relevante steder i sundhedsaftalen.

### **Aftalen om indlæggelse og udskrivningsforløb**

- Indlæggelse

Krav 1

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospital.

Håndtering af dosisdispenseret medicin behandles som tema i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Den lokale faglige følgegruppe / styregruppe præciserer betaling og varetagelse af transport fra patientens hjem ved alternativ indlæggelse i kommunen.

Retningslinierne for samarbejdet vedrørende terminalpatienter drøftes i den lokale faglige følgegruppe.

Der gennemføres en kortlægning af antal og omfang af patienter med åben indlæggelse i regi af den lokale faglige følgegruppe. Der er på Regionshospitalet Vest etableret en praksis vedrørende åbne indlæggelser, herunder vedrørende cancerpatienter og meget syge kroniske patienter. Praksis er etableret i samarbejde mellem praktiserende læger, hospital og kommuner. Der er ingen aktuelle planer om at ændre de fastlagte aftaler.

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser.

Krav 2

Kommune, praksis og hospital gennemfører i regi af den lokale faglige følgegruppe en nærmere kortlægning af kommunens, praktiserende lægers og hospitalets indsatsmuligheder. Der aftales en fokus på genindlæggelser, 1 dags indlæggelser og indlæggelse af borgere med kroniske sygdomme (i udgangspunktet borgere med KOL, diabetes II og hjerteinsufficiens), samt en proces for den kommende nye akkrediteringsmodel.

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

### **Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter**

Krav 1

Kommune og hospital er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne.

Krav 3

Kommunen præciserer sine tilbud, og hospitalet præciserer organiseringen af de udgående teams, i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe. Kommune og hospital vil

samarbejde om udviklingen og etableringen af udgående teams, og samarbejde vedrørende udvalgte patientgrupper, herunder terminalpatienter.

#### Krav 4

Kommune, hospital og region afholder 1 – 2 årlige evalueringsmøder vedrørende sundhedsaftalerne. Der afholdes bilaterale møder efter behov vedrørende særlige samarbejder / projekter.

### **Aftale for træningsområdet**

#### Krav 1

I forlængelse af de fælles målsætninger konstateres det, at det ikke har været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud. Der konstateres forskel mellem hvor meget genoptræning region og kommune forventer vil foregå på hospitalerne og i kommunen.

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

Der aftales en audit. Det konkrete indhold i denne audit aftales i den faglige følgegruppe / styregruppe.

Det aftales, at kommune og hospital yderligere kortlægger deres respektive tilbud og arbejdsdeling i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning. Området drøftes i regi af styregruppen.

#### Krav 2

Når Med Com-standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk.

Kommunerne aftaler nærmere med det lokale hospital vedrørende behov for udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Kontaktpersonordningen præciseres i den lokale faglige følgegruppe.

Afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder sker løbende i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe, og på regionalt niveau.

#### Krav 3

Ventetid indgår som et fokuspunkt for den lokale faglige følgegruppe.

#### Krav 4

Den lokale faglige følgegruppe medvirker til det løbende samarbejde om sikring af kapaciteten.

#### Krav 5

Der aftales en audit vedrørende genoptræningsplanernes kvalitet, m.v., i regi af den faglige følgegruppe.

## **Aftale om Hjælpemiddelområdet**

### Krav 1

Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

## **Aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

### Krav 1

Der sker opfølgning vedrørende området, herunder arbejdsdeling og opgave med formidling af arbejdsdelingen til praktiserende læger og borgere, i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Økonomien m.v. i mulige ydelser fra regionen / hospital / Center for folkesundhed afklares.

Muligheden for gentagelse / opdatering af sundhedsprofilen drøftes i den administrative styregruppe.

Der er udarbejdet en beskrivelse af et 3-årigt pilotprojekt omkring patientundervisning på baggrund af lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af regionen. Hensigten med det 3-årige pilotprojekt er, at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og aktiv medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regions regi.

Ved læring og mestring undervises kronisk syge og deres pårørende af en erfaren patient sammen med en fagperson (læge, sygeplejerske eller anden med sundhedsfaglig baggrund) i hospitalsregi. De centrale principper er uddannelse af kronisk syge samt kompetenceudvikling af undervisere. Der vil blive tilbudt lærings- og mestringsforløb i kommunalt regi indenfor: Undervisning af mennesker med kroniske lidelser diagnosespecifikt indenfor diabetes, lunge og hjerteforløb, samt Undervisning af mennesker med kroniske lidelser på tværs af diagnoser. I relation til den diagnosespecifikke uddannelse er der mulighed for at kommunerne kan gå sammen om nogle undervisningsforløb. På Hospitalsenhed Vest vil lærings- og mestringskonceptet blive integreret i uddannelsesforløb indenfor diabetes og KOL samt eventuelt hjertehold.

Økonomisk lægges op til fordeling af udgifterne således, at Region Midtjylland dækker udgifterne til Center for Folkesundhed, udgiften til de praktiserende læger og Hospitalsenhed Vest, mens kommunerne hver især betaler deres egne udgifter. Det er intentionen, at pilotperioden starter 1. april 2007 med forberedelse af projektet samt igangsætning og pilotdrift fra 1. august 2007.

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

Ringkøbing-Skjern Kommunes indsats for borgere med kroniske sygdomme forgår primært i regi af Sundhedscenter Vest. Indsatsen foregår blandt andet ved lærings- og mestringsforløb, hvor undervisningen varetages af både "erfarne patienter" og sundhedsfagligt personale. Indsatsen er målrettet flere patientgrupper.

Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende beskrivelse af et kronikercenter på Regionshospitalet Tarm med henblik på frembringelse af beslutningsgrundlag. Kommunen er initiativtager.

Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende projekt omkring stress. Hospitalet er initiativtager.

#### Krav 2

Kommunerne finder behov for dialog kommunerne imellem og understreger inddragelsen af praksissektoren i søjlerne.

Sammenhængen mellem de tre søjler præciseres i den videre proces.

#### Krav 3

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

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

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

#### Krav 5

Der gennemføres en koordinering af området i den lokale faglige følgegruppe, og der udarbejdes et dokument med relevante oplysninger.

Kommunerne udarbejder en liste over kontaktpersoner.

#### **Aftale om økonomi**

Kommunen ønsker en skærpet opmærksomhed omkring de afledte økonomiske konsekvenser for kommunen af aktivitet, herunder aktivitetsudvidelser, nye tiltag, m.v. på sundhedsområdet. Der aftales en gensidig information om aktivitetsudvidelser, m.v. samt et samarbejde omkring prognoser i regi af økonomigruppen.

## **Lemvig Kommune**

Lemvig Kommune deltager i den lokale styregruppe og de faglige følgegrupper i klyngen af kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer og Lemvig kommuner) omkring Hospitalsenhed Vest. I dette samarbejde deltager, udover kommuner og hospital, repræsentanter for Region Midtjylland, samt praktiserende læger og fysioterapeuter.

Dette er indføjet alle relevante steder i sundhedsaftalen.

### **Aftalen om indlæggelse og udskrivningsforløb**

- Indlæggelse

Krav 1

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospital.

Håndtering af dosisdispenseret medicin behandles som tema i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Den lokale faglige følgegruppe / styregruppe præciserer betaling og varetagelse af transport fra patientens hjem ved alternativ indlæggelse i kommunen.

Retningslinierne for samarbejdet vedrørende terminalpatienter drøftes i den lokale faglige følgegruppe.

Der gennemføres en kortlægning af antal og omfang af patienter med åben indlæggelse i regi af den lokale faglige følgegruppe. Der er på Regionshospitalet Vest etableret en praksis vedrørende åbne indlæggelser, herunder vedrørende cancerpatienter og meget syge kroniske patienter. Praksis er etableret i samarbejde mellem praktiserende læger, hospital og kommuner. Der er ingen aktuelle planer om at ændre de fastlagte aftaler.

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser.

Krav 2

Kommune, praksis og hospital gennemfører i regi af den lokale faglige følgegruppe en nærmere kortlægning af kommunens, praktiserende lægers og hospitalets indsatsmuligheder. Der aftales en fokus på genindlæggelser, 1 dags indlæggelser og indlæggelse af borgere med kroniske sygdomme (i udgangspunktet borgere med KOL, diabetes II og hjerteinsufficiens), samt en proces for den kommende nye akkrediteringsmodel.

I forbindelse med arbejdet med forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser indgår kommune og hospital i en tæt dialog med henblik på at nedbringe omfanget.

### **Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter**

Krav 1

Kommune og hospital er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne af hensyn til det gode patientforløb.

Krav 3

Kommunen kortlægger sine tilbud, og hospitalet kortlægger organiseringen af de udgående teams, i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe. Kommune og hospital vil



samarbejde om udviklingen og etableringen af udgående teams, og samarbejde vedrørende udvalgte patientgrupper, herunder terminalpatienter.

#### Krav 4

Kommune, hospital og region afholder 1 – 2 årlige evalueringsmøder vedrørende sundhedsaftalerne. Der afholdes bilaterale møder efter behov vedrørende særlige samarbejder / projekter.

### **Aftale for træningsområdet**

#### Krav 1

I forlængelse af de fælles målsætninger konstateres det, at det ikke har været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud. Der konstateres forskel mellem hvor meget genoptræning region og kommune forventer vil foregå på hospitalerne og i kommunen.

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

Der aftales en audit. Det konkrete indhold i denne audit aftales i den faglige følgegruppe / styregruppe.

Det aftales, at kommune og hospital yderligere kortlægger deres respektive tilbud og arbejdsdeling i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning. Området drøftes i regi af styregruppen.

#### Krav 2

Når Med Com-standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk.

Kommunerne aftaler nærmere med det lokale hospital vedrørende behov for udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Kontaktpersonordningen præciseres i den lokale faglige følgegruppe.

Afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder sker løbende i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe, og på regionalt niveau.

#### Krav 3

Ventetid indgår som et fokuspunkt for den lokale faglige følgegruppe.

#### Krav 4

Den lokale faglige følgegruppe medvirker til det løbende samarbejde om sikring af kapaciteten.

#### Krav 5

Der aftales en audit vedrørende genoptræningsplanernes kvalitet, m.v., i regi af den faglige følgegruppe.

## **Aftale om Hjælpemiddelområdet**

### Krav 1

Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

## **Aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

### Krav 1

Der sker opfølgning vedrørende området, herunder arbejdsdeling og opgave med formidling af arbejdsdelingen til praktiserende læger og borgere, i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Økonomien m.v. i mulige ydelser fra regionen / hospital / Center for folkesundhed afklares.

Muligheden for gentagelse / opdatering af sundhedsprofilen drøftes i den administrative styregruppe.

Der er udarbejdet en beskrivelse af et 3-årigt pilotprojekt omkring patientundervisning på baggrund af lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af regionen. Hensigten med det 3-årige pilotprojekt er, at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og aktiv medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regions regi.

Ved læring og mestring undervises kronisk syge og deres pårørende af en erfaren patient sammen med en fagperson (læge, sygeplejerske eller anden med sundhedsfaglig baggrund) i hospitalsregi. De centrale principper er uddannelse af kronisk syge samt kompetenceudvikling af undervisere. Der vil blive tilbudt lærings- og mestringsforløb i kommunalt regi indenfor: Undervisning af mennesker med kroniske lidelser diagnosespecifikt indenfor diabetes, lunge og hjerteforløb, samt Undervisning af mennesker med kroniske lidelser på tværs af diagnoser. I relation til den diagnosespecifikke uddannelse er der mulighed for at kommunerne kan gå sammen om nogle undervisningsforløb. På Hospitalsenhed Vest vil lærings- og mestringskonceptet blive integreret i uddannelsesforløb indenfor diabetes og KOL samt eventuelt hjertehold.

Økonomisk lægges op til fordeling af udgifterne således, at Region Midtjylland dækker udgifterne til Center for Folkesundhed, udgiften til de praktiserende læger og Hospitalsenhed Vest, mens kommunerne hver især betaler deres egne udgifter. Det er intentionen, at pilotperioden starter 1. april 2007 med forberedelse af projektet samt igangsætning og pilotdrift fra 1. august 2007.

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

Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende projekt omkring stress. Hospitalet er initiativtager.

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

#### Krav 2

Kommunerne finder behov for dialog kommunerne imellem og understreger inddragelsen af praksissektoren i søjlerne.

Sammenhængen mellem de tre søjler præciseres i den videre proces.

#### Krav 5

Der gennemføres en koordinering af området i den lokale faglige følgegruppe, og der udarbejdes et dokument med relevante oplysninger.

Kommunerne udarbejder en liste over kontaktpersoner.

## **Struer Kommune**

Struer Kommune deltager i den lokale styregruppe og de faglige følgegrupper i klyngen af kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer og Lemvig kommuner) omkring Hospitalsenhed Vest. I dette samarbejde deltager, udover kommuner og hospital, repræsentanter for Region Midtjylland, samt praktiserende læger og fysioterapeuter.

Dette er indføjet alle relevante steder i sundhedsaftalen.

### **Aftalen om indlæggelse og udskrivningsforløb**

- Indlæggelse

#### **Krav 1**

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospital.

Håndtering af dosisdispenseret medicin behandles som tema i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Den lokale faglige følgegruppe / styregruppe præciserer betaling og varetagelse af transport fra patientens hjem ved alternativ indlæggelse i kommunen.

Retningslinierne for samarbejdet vedrørende terminalpatienter drøftes i den lokale faglige følgegruppe.

Der gennemføres en kortlægning af antal og omfang af patienter med åben indlæggelse i regi af den lokale faglige følgegruppe. Der er på Regionshospitalet Vest etableret en praksis vedrørende åbne indlæggelser, herunder vedrørende cancerpatienter og meget syge kroniske patienter. Praksis er etableret i samarbejde mellem praktiserende læger, hospital og kommuner. Der er ingen aktuelle planer om at ændre de fastlagte aftaler.

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser.

Der aftales fokus på omfang og antal af åbne indlæggelser er hensigtsmæssig, og fokus på formidling af kendskabet til alternative indlæggelsesmåder til praktiserende læger, m.v.

#### **Krav 2**

Kommune, praksis og hospital gennemfører i regi af den lokale faglige følgegruppe en nærmere kortlægning af kommunens, praktiserende lægers og hospitalets indsatsmuligheder. Der aftales en fokus på genindlæggelser, 1 dags indlæggelser og indlæggelse af borgere med kroniske sygdomme (i udgangspunktet borgere med KOL, diabetes II og hjerteinsufficiens), samt en proces for den kommende nye akkrediteringsmodel.

I forbindelse med arbejdet med forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser indgår kommune og hospital i en tæt dialog med henblik på at nedbringe omfanget.

### **Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter**

Krav 1

Kommune og hospital er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne af hensyn til det gode patientforløb.

#### Krav 3

Kommunen præciserer sine tilbud, og hospitalet præciserer organiseringen af de udgående teams, i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe. Kommune og hospital vil samarbejde om udviklingen og etableringen af udgående teams, og samarbejde vedrørende udvalgte patientgrupper, herunder terminalpatienter.

#### Krav 4

Kommune, hospital og region afholder 1 – 2 årlige evalueringsmøder vedrørende sundhedsaftalerne. Der afholdes bilaterale møder efter behov vedrørende særlige samarbejder / projekter.

### **Aftale for træningsområdet**

#### Krav 1

I forlængelse af de fælles målsætninger konstateres det, at det ikke har været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud. Der konstateres forskel mellem hvor meget genoptræning region og kommune forventer vil foregå på hospitalerne og i kommunen.

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

Der aftales en audit. Det konkrete indhold i denne audit aftales i den faglige følgegruppe / styregruppe.

Det aftales, at kommune og hospital yderligere kortlægger deres respektive tilbud og arbejdsdeling i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Vedrørende indlagte patienter foretages der efter lægelig ordination hjemmebesøg som led i behandlingen og som led i den akutte genoptræning. Området drøftes i regi af styregruppen.

#### Krav 2

Når Med Com-standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk.

Kommunerne aftaler nærmere med det lokale hospital vedrørende behov for udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Kontaktpersonordningen præciseres i den lokale faglige følgegruppe.

Afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder sker løbende i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe, og på regionalt niveau.

### Krav 3

Ventetid indgår som et fokuspunkt for den lokale faglige følgegruppe.

Kommunen ønsker en kørselsafregning på personniveau.

### Krav 4

Den lokale faglige følgegruppe medvirker til det løbende samarbejde om sikring af kapaciteten.

### Krav 5

Der aftales en audit vedrørende genoptræningsplanernes kvalitet, m.v., i regi af den faglige følgegruppe.

## **Aftale om Hjælpemiddelområdet**

### Krav 1

Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

## **Aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

### Krav 1

Der sker opfølgning vedrørende området, herunder arbejdsdeling og opgave med formidling af arbejdsdeling til praktiserende læger og borgere, i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Kommunen indgår i et projekt med tobaksforebyggelse i fællesskab med Holstebro, Lemvig og Skive. Der aftales en fokus på tobaksforebyggelse

Økonomien m.v. i mulige ydelser fra regionen / hospital / Center for folkesundhed afklares.

Muligheden for gentagelse / opdatering af sundhedsprofilen drøftes i den administrative styregruppe.

Der er udarbejdet en beskrivelse af et 3-årigt pilotprojekt omkring patientundervisning på baggrund af lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af regionen. Hensigten med det 3-årige pilotprojekt er, at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og aktiv medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regions regi.

Ved læring og mestring undervises kronisk syge og deres pårørende af en erfaren patient sammen med en fagperson (læge, sygeplejerske eller anden med sundhedsfaglig baggrund) i hospitalsregi. De centrale principper er uddannelse af kronisk syge samt kompetenceudvikling af undervisere. Der vil blive tilbudt lærings- og mestringsforløb i kommunalt regi indenfor: Undervisning af mennesker med kroniske lidelser diagnosespecifikt indenfor diabetes, lunge og hjerteforløb, samt Undervisning af mennesker med kroniske lidelser på tværs af diagnoser. I relation til den diagnosespecifikke uddannelse er der mulighed for at kommunerne kan gå sammen om nogle undervisningsforløb. På Hospitalsenhed Vest vil lærings- og mestringskonceptet blive integreret i uddannelsesforløb indenfor diabetes og KOL samt eventuelt hjertehold.

Økonomisk lægges op til fordeling af udgifterne således, at Region Midtjylland dækker udgifterne til Center for Folkesundhed, udgiften til de praktiserende læger og Hospitalsenhed Vest, mens kommunerne hver især betaler deres egne udgifter. Det er intentionen, at

pilotperioden starter 1. april 2007 med forberedelse af projektet samt igangsætning og pilotdrift fra 1. august 2007.

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

Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af kommune, hospital og region vedrørende projekt omkring stress. Hospitalet er initiativtager.

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

Muligheder for levering af ydelser og tjenester fra hospitalet på ernæringsområdet afklares.

#### Krav 2

Kommunerne finder behov for dialog kommunerne imellem og understreger inddragelsen af praksissektoren i søjlerne.

Sammenhængen mellem de tre søjler præciseres i den videre proces.

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

#### Krav 5

Der gennemføres en koordinering af området i den lokale faglige følgegruppe, og der udarbejdes et dokument med relevante oplysninger.

Kommunerne udarbejder en liste over kontaktpersoner.

## **Ikast-Brande Kommune**

Ikast-Brande Kommune deltager i den lokale styregruppe og de faglige følgegrupper i klyngen af kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer og Lemvig kommuner) omkring Hospitalsenhed Vest. I dette samarbejde deltager, udover kommuner og hospital, repræsentanter for Region Midtjylland, samt praktiserende læger og fysioterapeuter.

Ikast-Brande Kommune deltager hertil i den lokale styregruppe m.v. i klyngen af kommuner (Hedensted, Horsens, Ikast-Brande og Odder kommuner) omkring Regionshospitalet Horsens Brædstrup Odder.

Dette er indføjet alle relevante steder i sundhedsaftalen.

### **Aftalen om indlæggelse og udskrivningsforløb**

- Indlæggelse

#### **Krav 1**

Etablering af Med Com indgår i forhold til kvalificering af kommunikationen mellem kommuner, praksis og hospitaler.

Retningslinierne for samarbejdet vedrørende terminalpatienter drøftes i de lokale styregrupper / faglige følgegrupper.

Der gennemføres en kortlægning af antal og omfang af patienter med "åben indlæggelse" i regi af de lokale styregrupper / faglige følgegrupper. Der er etableret en praksis vedrørende åbne indlæggelser, herunder vedrørende cancerpatienter og meget syge kroniske patienter i samarbejde mellem praktiserende læger, hospitaler og kommuner. Der er ingen aktuelle planer om at ændre praksis. Der dog aftales fokus på om omfang og antal af åbne indlæggelser er hensigtsmæssig.

I forbindelse med åbne indlæggelser træder de samme indlæggelsesprocedurer i kraft som for akutte indlæggelser.

#### *Særligt omkring Hospitalsenhed Vest*

Håndtering af dosisdispenseret medicin behandles som tema i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Den lokale faglige følgegruppe / styregruppe præciserer betaling og varetagelse af transport fra patientens hjem ved alternativ indlæggelse i kommunen.

#### *Særligt omkring Regionshospitalet Horsens:*

I det tidligere Vejle Amt blev den palliative indsats til kommunerne omkring Regionshospitalet Horsens ydet fra det palliative team på Vejle Sygehus. Fra 1. januar 2007 fortsætter denne aftale, og den vil omfatte Ny Hedensted Kommune, Ny Horsens Kommune, Odder Kommune og dele af Ikast-Brande Kommune. Resten af Ikast-Brande Kommune betjenes af Hospitalsenheden Vest.

Der pågår forhandlinger mellem Region Midtjylland og Region Syddanmark om, hvordan regionerne finansierer samhandel på tværs af regionsgrænserne, herunder den palliative indsats fra Vejle Sygehus.



Kommunerne og Regionshospitalet Horsens vil arbejde på at sikre en ensartet fælles palliativ indsats. Region Midtjylland har indsendt en ansøgning om midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Hospicepulje 2006, bl.a. til etablering af et palliativt team på Regionshospitalet Horsens. Arbejdet med at ensarte den fælles palliative indsats bør afvente, indtil afgørelsen på ansøgningen foreligger.

#### Krav 2

Kommune, praksis og hospitaler gennemfører i regi af de lokale faglige følgegrupper en nærmere kortlægning af kommunens, praktiserende lægers og hospitalernes indsatsmuligheder. Der aftales en fokus på genindlæggelser, 1 dags indlæggelser og indlæggelse af borgere med kroniske sygdomme, samt en proces for den kommende nye akkrediteringsmodel.

I forbindelse med arbejdet med forebyggelse af uensigtsmæssige indlæggelser indgår kommune og hospitaler i en tæt dialog med henblik på at nedbringe antallet.

#### **Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter**

##### Krav 1

Kommune og hospital er enige om at udvise en gensidig fleksibilitet vedrørende varslingsfristerne. Der arbejdes videre med definition m.v. af varslingsfristerne i den lokale følgegruppe / styregruppe.

##### Krav 3

Kommunen præciserer sine tilbud, og hospitalet præciserer organiseringen af de udgående teams, i regi af den lokale faglige følgegruppe / styregruppe. Kommune og hospital vil samarbejde om udviklingen og etableringen af udgående teams, og samarbejde vedrørende udvalgte patientgrupper, herunder terminalpatienter.

#### **Aftale for træningsområdet**

##### Krav 1

I forlængelse af de fælles målsætninger konstateres det, at det ikke har været hensigten med den nye lov at øge kapaciteten af det samlede genoptræningstilbud. Der konstateres forskel mellem hvor meget genoptræning region og kommune forventer vil foregå på hospitalerne og i kommunen.

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

Der aftales en audit. Det konkrete indhold i denne audit aftales i den faglige følgegruppe / styregruppe.

Kommunen hjemtager almindelig ambulans genoptræning. Det udføres af lokale terapeuter og eksterne leverandører. Det aftales, at kommune og hospitaler yderligere kortlægger deres respektive tilbud og arbejdsdeling i regi af de lokale faglige følgegrupper / styregrupper.

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

Der aftales et samarbejde omkring implementering af ICF klassifikation i region og kommuner.

#### Krav 2

Når Med Com-standarden er pilottestet og tilgængelig vil parterne arbejde målrettet mod at kunne udveksle genoptræningsplanerne elektronisk.

Kommunerne aftaler nærmere med de lokale hospitaler vedrørende behov for udveksling af slutstatus ved afslutning af borgers genoptræningsforløb i regi af den lokale faglige følgegruppe.

Kontaktpersonordningen præciseres i de lokale faglige følgegrupper.

Afklaring af tvivlsspørgsmål og uenigheder sker løbende i de lokale faglige følgegrupper / styregrupper, og på regionalt niveau.

#### Krav 3

Ventetid indgår som et fokuspunkt for de lokale faglige følgegrupper.

#### Krav 4

De lokale faglige følgegrupper medvirker til det løbende samarbejde om sikring af kapaciteten.

#### Krav 5

Der aftales en audit vedrørende genoptræningsplanernes kvalitet, m.v., i regi af de faglige følgegrupper.

### **Aftale om Hjælpemiddelområdet**

#### Krav 1

Uklarheder vedrørende finansiering af behandlingsredskaber / hjælpemidler, som udleveres i forbindelse med genoptræning, forsøges afklaret med henvendelse til centrale myndigheder. Deres svar implementeres umiddelbart i samarbejdet.

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

### **Aftale om Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

#### Krav 1

Der sker opfølgning vedrørende området, herunder arbejdsdeling og opgave med formidling af arbejdsdelingen til praktiserende læger og borgere, i den lokale faglige følgegruppe / styregruppe.

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

Økonomien m.v. i mulige ydelser fra regionen / hospital / Center for folkesundhed afklares.

Muligheden for gentagelse / opdatering af sundhedsprofilen drøftes i den administrative styregruppe.

Der er udarbejdet en beskrivelse af et 3-årigt pilotprojekt omkring patientundervisning på baggrund af lærings- og mestringskonceptet i den vestlige del af regionen. Hensigten med det 3-årige pilotprojekt er, at være på forkant med udviklingen, være nytænkende og aktiv

medspiller i arbejdet med de forskellige tilgange til patientuddannelsesaktiviteter i kommunalt og regions regi.

Ved læring og mestring undervises kronisk syge og deres pårørende af en erfaren patient sammen med en fagperson (læge, sygeplejerske eller anden med sundhedsfaglig baggrund) i hospitalsregi. De centrale principper er uddannelse af kronisk syge samt kompetenceudvikling af undervisere. Der vil blive tilbudt lærings- og mestringsforløb i kommunalt regi indenfor: Undervisning af mennesker med kroniske lidelser diagnosespecifikt indenfor diabetes, lunge og hjerteforløb, samt Undervisning af mennesker med kroniske lidelser på tværs af diagnoser. I relation til den diagnosespecifikke uddannelse er der mulighed for at kommunerne kan gå sammen om nogle undervisningsforløb. På Hospitalsenhed Vest vil lærings- og mestringskonceptet blive integreret i uddannelsesforløb indenfor diabetes og KOL samt eventuelt hjertehold.

Økonomisk lægges op til fordeling af udgifterne således, at Region Midtjylland dækker udgifterne til Center for Folkesundhed, udgiften til de praktiserende læger og Hospitalsenhed Vest, mens kommunerne hver især betaler deres egne udgifter. Det er intensionen, at pilotperioden starter 1. april 2007 med forberedelse af projektet samt igangsætning og pilotdrift fra 1. august 2007.

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

#### *Særligt omkring Regionshospitalet Horsens:*

Kronikerområdet

Klyngen er enig om at prioritere kronikerområdet højt. Dette sikres ved at videreføre de eksisterende programledelser (KOL, apopleksi, diabetes, forebyggelse af fald, hjerter) fra Vejle Amt samt videreudvikle og udbrede dem.

Livsstilscentret i Brædstrup tilbyder hovedsagligt behandling til patienter med

- Hjerte-kar sygdomme
- Diabetes
- Svær overvægt/truende ledskader
- KOL, bronkitis og luftvejssygdomme
- Osteoporose
- Uønsket barnløshed i kombination med svær overvægt
- Samt til forældre med overvægtige børn

Behandlingen består af indlæggelse 3 gange af 4 døgns varighed. Under indlæggelsen modtager patienterne holdundervisning og praktisk træning.

Regionshospitalet Horsens og kommunerne vil følge arbejdet med Livsstilscentret i Brædstrup i forhold til det kommunale samarbejde. Kommunerne og hospitalet følger arbejdet med organisering og udvikling af Livsstilscentrets tilbud.

Regionshospitalet Horsens og kommunerne vil i købet af det 1. halvår 2007 konkretisere, hvordan et tættere tværsektorielt samarbejde styrkes, og hvordan det konkret skal udmøntes. Udgangspunktet for dette arbejde er Livsstilscentrets Strategier 2006, som bl.a. omfatter vidensdeling til kommunerne og integrering af kommunerne efter udskrivning. Regionshospitalet Horsens har initiativpligten.

MRSA-samarbejdet (mertilin resistente staphylococ aureus). Aftalen om MRSA-samarbejdet ("MRSA-samarbejdet mellem primær og sekundær sektor i Vejle Amt") ønskes udbredt til hele klyngen og regionen på sigt.

Svangreomsorg i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Kommunerne og Regionshospitalet Horsens er enige om, at opsporing af gravide misbrugere er et fælles indsatsområde.

Kommunerne og hospitalet er endvidere enige om, at de nuværende aftaler om for tidligt fødte, udskrivning af nybagte mødre og ammepolitik videreføres og justeres i henhold til den nye lovgivning. Aftalerne er udarbejdet af fødeplanudvalget i Vejle Amt på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg.

#### Krav 2

Kommunerne finder behov for dialog kommunerne imellem og understreger inddragelsen af praksissektoren i søjlerne.

Sammenhængen mellem de tre søjler præciseres i den videre proces.

#### Krav 5

Der gennemføres en koordinering af området i den lokale faglige følgegruppe, og der udarbejdes et dokument med relevante oplysninger.

Kommunerne udarbejder en liste over kontaktpersoner.