



Sundhedsaftalerne 2011-2014

Odense Kommune og Region Syddanmark

SUNDHEDSAFTALERNE 2011-2014

Vision om Fælles Sundhed

**Grundaftalerne er gældende for Region Syddanmark
og de 22 kommuner i regionen**

**De sygehusspecifikke aftaler er gældende for de fynske kommuner og
OUH Odense Universitetshospital og OUH Svendborg Sygehus**

**De kommunespecifikke aftaler er gældende for Odense Kommune og
OUH Odense Universitetshospital**



Valgperiode	2010-13
Version	1
Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget	8. september 2010 9. december 2010
Godkendt af byrådet	19. januar 2011
Godkendt af regionsrådet	31. januar 2011
Ikrafttrædelse	1. februar 2011

Introduktion og læsevejledning til sundhedsaftalerne 2011-14

Med grundlag i sundhedslovens § 205 har Region Syddanmark indgået en sundhedsaftale med hver af de 22 kommuner i regionen.

Sundhedsaftalen for hver kommune består af en række dokumenter, hvoraf en del er fælles for alle regionens kommuner, mens enkelte dele er specifikke for den enkelte kommune.

For hver kommune består sundhedsaftalen med regionen af følgende dokumenter:

- Sundhedskoordinationsudvalgets vision "Fælles sundhed"
- Grundaftalen for sundhedsaftalerne 2011-14, som indgår i sundhedsaftalerne i det omfang parterne er enige om det. Grundaftalen omfatter de seks obligatoriske indsatsområder, som er fastlagt i Sundhedsministeriets bekendtgørelse¹ samt fem aftaler om tværgående temaer, fastlagt i enighed mellem parterne.
- En begrebs- og definitionsliste til grundaftalen
- Fællesspecifikke aftaler mellem det sygehus og kommunerne i det sygehusområde, kommunen er tilknyttet
- Individuelle specifikke aftaler for den pågældende kommune.

Til sundhedsaftalerne – især grundaftalen, men i nogle tilfælde også de specifikke aftaler - knytter sig en række uddybende bilag i form af samarbejdsaftaler, delplaner, retningslinjer mv. Dette materiale er tilgængeligt på Region Syddanmarks hjemmeside. I sundhedsaftalematerialet indgår derfor:

- Oversigt over bilag til sundhedsaftalens indsatsområder med links.

Grundaftalen er som forslag til generel sundhedsaftale godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget september 2010 (revideret 9. december 2010).

¹ Bekendtgørelse nr. 778 af 13/08/2009 om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Indhold

FÆLLES SUNDHED	5
KOMMUNESPECIFIK AFTALE: FÆLLES UDVIKLING	14
GRUNDAFTALE OM VÆRDIER, SAMARBEJDE OG ORGANISERING.....	16
SYGEHUSSPECIFIKKE AFTALER MELLEM DE FYNske KOMMUNER OG OUH ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL OG OUH SVENDBORG SYGEHUS.....	22
GRUNDAFTALE OM DELING AF INFORMATION OM AKTIVITET, ØKONOMI OG KAPACITET.....	24
SYGEHUSSPECIFIKKE AFTALER MELLEM DE FYNske KOMMUNER OG OUH ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL OG OUH SVENDBORG SYGEHUS.....	28
GRUNDAFTALE OM TVÆRSEKTORIEL ANVENDELSE AF IT, TELEMEDICIN OG VELFÆRDSTEKNOLOGIER	29
GRUNDAFTALE OM INDSATS FOR PERSONER MED KRONISK SYGDOM I REGION SYDDANMARK	33
SYGEHUSSPECIFIKKE AFTALER MELLEM DE FYNske KOMMUNER OG OUH ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL – SVENDBORG SYGEHUS.....	38
KOMMUNESPECIFIK AFTALE FOR ODENSE KOMMUNE	40
GRUNDAFTALE OM INDLÆGGELSES- OG UDSKRIVNINGSFORLØB	43
SYGEHUSSPECIFIKKE AFTALER MELLEM DE FYNske KOMMUNER OG OUH ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL – SVENDBORG SYGEHUS.....	53
KOMMUNESPECIFIK AFTALE FOR ODENSE KOMMUNE	55
GRUNDAFTALE OM GENOPTRÆNING.....	58
SYGEHUSSPECIFIKKE AFTALER MELLEM DE FYNske KOMMUNER OG OUH ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL – SVENDBORG SYGEHUS.....	62
KOMMUNESPECIFIK AFTALE FOR ODENSE KOMMUNE	64
GRUNDAFTALE OM BEHANDLINGSREDSKABER OG HJÆLPEMIDLER	65
SYGEHUSSPECIFIKKE AFTALER MELLEM DE FYNske KOMMUNER OG OUH ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL – SVENDBORG SYGEHUS.....	68
KOMMUNESPECIFIK AFTALE FOR ODENSE KOMMUNE	69
GRUNDAFTALE OM FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME, HERUNDER PATIENTTRETET FOREBYGGELSE	71
SYGEHUSSPECIFIKKE AFTALER MELLEM DE FYNske KOMMUNER OG OUH ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL – SVENDBORG SYGEHUS.....	80
KOMMUNESPECIFIK AFTALE FOR ODENSE KOMMUNE	81
GRUNDAFTALE OM INDSATSEN FOR MENNESKER MED SINDSLIDELSER.....	85
SPECIFIK AFTALE PÅ HOVEDFUNKTIONSNIVEAU FOR HOVEDFUNKTIONSSOMRÅDE FYN.....	98
KOMMUNESPECIFIK AFTALE FOR ODENSE KOMMUNE	100
GRUNDAFTALE OM SAMARBEJDET OM UTILSIGTEDE HÆNDELSER.....	105
GRUNDAFTALE OM KVALITET OG OPFØLGNING	107
DEFINITIONER OG HENVISNINGER TIL BEGREBSFORKLARINGER I GRUNDAFTALEN.....	114
OVERSIGT OVER BILAG TIL GRUNDAFTALE 2011-14 MELLEM REGION SYDDANMARK OG DE 22 KOMMUNER	118
BILAG TIL SYGEHUSSPECIFIKKE OG KOMMUNE SPECIFIKKE AFTALER.....	120

FÆLLES SUNDHED

**Sundhedskoordinationsudvalgets
vision for sammenhæng i sundhed**

Fælles Sundhed

Udfordringerne på sundhedsområdet er vi i region og kommuner fælles om. De er så omfattende og dybtgående, at de kun kan imødegås med en fælles vision samt fælles politikker og strategier, der går på tværs. Det er baggrunden for, at vi nu præsenterer visionen Fælles Sundhed.

Vores fælles sundhedsvæsen står over for store udfordringer. Hver tredje dansker har en kronisk sygdom, og tallet er stigende. Kronisk syge patienter har brug for et livslangt behandlingsforløb og lægger beslag på 70–80 % af sundhedsvæsenets ressourcer. Sociale og uddannelsesmæssige forskelle slår stærkt igennem på levekår, livsstil og helbred. Og den demografiske udvikling betyder, at vi får flere ældre men færre hænder – også på sundhedsområdet.

Befolkningens forventninger til sundhedsvæsenets behandlingsmuligheder og den kommunale service øges, men de rammer for indsatsen, som kommunernes og regionernes økonomi åbner mulighed for, er snævre. Borgerne er generelt tilfredse med sygehusene, de alment praktiserende læger og kommunernes social- og sundhedstilbud, men mange giver udtryk for, at der mangler sammenhæng i sundhedstilbuddet, og at kommunikationen mellem de tre parter ikke er tilstrækkelig. Dette er især kritisk for patienter med komplicerede behandlingsforløb og for de langvarigt syge.

Fælles Sundhed er et fremtidsbillede om sammenhæng - i to perspektiver. For det første er vores vision, at borgere og patienter oplever sammenhæng. Dernæst ønsker vi et samarbejde, der giver sammenhæng, mellem region, praksis og kommuner. Visionen er udfoldet i 10 initiativer, fem for hvert perspektiv, og konkrete fælles indsatser, som markerer, hvordan vi – region, praksis og kommuner – indfrier visionen i de kommende år. Fælles Sundhed er en del af Sundhedskoordinationsudvalgets generelle udkast til sundhedsaftaler, og den udgør en overligger for de øvrige aftaler. Visionens temaer og initiativer er således afspejlet i det samlede aftaleudkast.

Bo Libergren
Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Jane Jegind
Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Vision

Borgere og patienter oplever sammenhæng

I Syddanmark vil vi være kendt for at understøtte en udvikling med flere sunde borgere og borgere med flere leveår med godt helbred og høj livskvalitet; en udvikling, hvor den sociale ulighed i sundhed mindskes; en udvikling, hvor borgere i alle aldre oplever sammenhæng og kvalitet i sundhedsydelser og -tilbud samt oplever at have gode muligheder for at træffe det sunde valg og leve et sundt liv.

Vi vil udfordre og motivere borgeren til at tage medansvar for egen og andres sundhed og mestre eget liv.

Samarbejde giver sammenhæng

I Syddanmark betyder sammenhæng i sundhed, at den fælles indsats planlægges og gennemføres med sigte på: at borgeren oplever kvalitet og sammenhæng i sundhedsydelserne; at borgeren oplever sundhed som et fælles anliggende for region, kommuner og praksissektor; at vi sikrer kvalitet og sammenhængende forløb og indsatser på tværs af sektorerne; at vi understøtter en koordineret innovativ og bæredygtig kapacitetsudvikling, udvikling af nye metoder og anvendelse af ny velfærdsteknologi til støtte for borgernes mestring af det gode liv.

Vi tager ansvar for sammenhæng og kvalitet i sundhedsindsatsen og for udvikling af det samarbejdende og sammenhængende sundhedsvæsen med afsæt i fælles mål og værdier.

Borgere og patienter oplever sammenhæng

Vi gør en aktiv indsats for lighed i sundhed

Vi anvender en helhedsorienteret tilgang i forebyggelse og behandling af sygdom og tager særligt hensyn til de, der har mest behov for støtte.

Mennesker med kort uddannelse og lav indkomst er mere udsat for sundhedsrisici og sygdom – og har udsigt til færre gode leveår end højtuddannede og velstillede. Derfor er det ofte nødvendigt at behandle folk forskelligt for at sikre lighed i sundhed. Personer med kompliceret kronisk sygdom, sindslidelser eller få ressourcer er særligt sårbare grupper.

Vi har en forpligtelse til at tilbyde en tilrettelagt indsats til de borgere, som har særlig vanskeligt ved at tage vare på deres eget helbred. Indsatserne skal bygge oven på de ressourcer, borgeren selv besidder. Og den skal rette sig mod at styrke de personlige ressourcer og egenomsorgen, samtidig med at andre helbredsproblemer søges løst.

Fælles indsatser

- Vi vurderer både patienternes sygdom og ressourcer og tilpasser indsatsen for hver patient.
- Vi sætter fokus på mental sundhed.
- Vi undersøger omfanget af livsstilssygdomme hos mennesker med sindslidelser.

Vi bygger på borgerens ansvar for egen sundhed

Vi skaber rammer for sundheden, understøtter den enkelte i sit ansvar for sin egen og de nærmestes sundhed og inddrager den enkelte i dialog om behandling og pleje.

Vi tager udgangspunkt i, at den enkelte borger tager et medansvar for sin egen og familiens sundhed, både når det gælder det daglige liv, og når der er behov for behandling.

Det enkelte menneske ved bedst selv, hvad der giver oplevelse af livskvalitet og mening i tilværelsen. Langt de fleste kan og vil selv bestemme, hvad det sunde liv er – og har derfor en mening om og ønsker til behandlingen hos de alment praktiserende læger, på sygehusene og i hjemmeplejen.

Borgeren skal opleve, at sygdomsforebyggelse, herunder f.eks. træning, kostvejledning eller rygeafvænning, der knytter sig til et behandlingsforløb, er lige så nødvendig og forpligtende som f.eks. den medicinske behandling.

Fælles indsatser

- Vi inviterer til dialog om forebyggelse, behandling og pleje, når borgeren har brug for disse tilbud. Vi lægger vægt på, at det sker med respekt for den enkeltes selvbestemmelse og værdier.
- Hvis borgeren har en livsstil, der øger risikoen for sygdomsudvikling, så opfordrer personalet aktivt borgeren til at ændre livsstil og støtter undervejs. De informerer om konsekvenserne og rådgiver om, hvordan livsstilen kan lægges om.

Vi sikrer sammenhæng i forløbene

Vi tilrettelægger indsatsen, så borgerne oplever hele behandlingsforløbet som sammenhængende. Særligt sårbare grupper, bl.a. personer med kronisk sygdom, understøttes i særdeleshed.

Borgeren oplever den alment praktiserende læge som tovholder i forløbet – i nært samspil med borgeren selv.

Behandlingsmulighederne bliver hele tiden bedre og mere specialiserede. Det betyder blandt andet bedre helbredelse. Vi kan behandle os ud af langt mere end tidligere. Og vi ved mere om, hvilke forebyggelsestiltag, der virker.

Men høj grad af specialisering skaber også et større behov for koordination – og en risiko for, at den ønskede sammenhæng ikke opnås. Borgerne er generelt tilfredse med de sundhedsindsatser, som foregår på sygehusene, hos den alment praktiserende læge eller i kommunen. Tilfredsheden er mindre, når behandlingen indebærer en overgang mellem sektorer.

Vi ønsker at sætte borgeren i centrum og skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer, samtidig med at vi opretholder et højt specialiseringsniveau. Personer med kronisk sygdom, herunder også mennesker med sindslidelser, er en særlig fokusgruppe, idet de ofte vil være i livslang behandling og have kontakt til både den alment praktiserende læge, kommune og sygehus.

Den alment praktiserende læge vil for mange være gennemgående figur i et behandlingsforløb. Rollen som tovholder – den samlende figur – er ikke ny for de alment praktiserende læger, men den kan udbygges og udvikles endnu mere. Borgeren er ofte selv en vigtig og ressourcestærk medspiller med solid indsigt i og viden om eget sygdomsforløb. Men i mange tilfælde er der behov for tæt koordinering med både borgeren selv, kommune og sygehuset – og mellem disse.

Fælles indsatser

- Vi måler regelmæssigt på borgernes/patienternes tilfredshed med behandlingsforløb, hvor flere sektorer er inddraget.
- Den alment praktiserende læge understøttes af regionen i sin rolle som tovholder, og funktionen udvikles i et tværgående samarbejde.
- Vi anvender patientforløbsprogrammerne for kronisk hjertesygdom, type 2-diabetes, KOL og rygområdet som anbefalinger for udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Vi prioriterer forebyggelse og rehabilitering

Borgere og patienter oplever i kontakten med sundhedsvæsenet, at behovet for forebyggende og rehabiliterende indsatser vurderes individuelt, og at de har let adgang til sammenhængende forebyggelsesindsatser svarende til det vurderede behov

Regionen har ansvaret for størstedelen af sundhedsvæsenet – og dermed især for indsatsen, når sygdom tilstøder. Kommunerne har ansvaret for at skabe sunde rammer for borgernes liv. Her råder kommunerne over mange virkemidler – fra sunde dagpasningstilbud og skoler, over fritids- og idrætsmuligheder, sikker trafik og rent miljø, til sunde og aktive udfoldelsesmuligheder for ældre.

Sundhedspersonalet i kommuner og region skal anlægge en helhedsbetragtning på den enkelte borger og dennes levevilkår. Sundhed og et aktivt liv er et fælles anliggende for hele den offentlige sektor. Indsatser på sundhedsområdet får ofte langt mere effekt og holdbarhed, hvis de følges op gennem tilbud på f.eks. social-, arbejdsmarkeds- eller uddannelsesområdet, tilrettelagt efter en samlet plan for rehabiliteringen.

Fælles indsatser

- Patienterne tilbydes sygdomsforebyggende tilbud i tilknytning til og forlængelse af behandlingen, hvor det er relevant.
- Udviklingen af de rehabiliterende indsatser målrettet kroniske patienter sker i et tværsektorielt samarbejde.

Vi udnytter mulighederne i telemedicin og velfærdsteknologi

Vi bevarer en førende position i forhold til udvikling og implementering af borgernære velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger.

Større anvendelse af telemedicinske metoder betyder f.eks., at den kommunale sygeplejerske lettere og hurtigere kan få en lægelig vurdering af eksempelvis et billede af et sår hos en diabetespatient i hjemmet. De bedre muligheder for at trække på sygehusenes ekspertise er en gevinst for både borgere og medarbejdere, samtidig med at det sikrer, at ressourcerne bliver udnyttet bedst muligt.

Syddanmark er allerede i front, når det gælder it-understøttelse af tværsektorielle patientforløb og udnyttelsen af velfærdsteknologi. Men nye muligheder i den borgernære velfærdsteknologi og i telemedicinske initiativer skal realiseres gennem pilot- og udbredelsesprojekter, f.eks. inden for teletolkning, brug af videokonferencer og behandling på afstand.

Fælles indsatser

- Kommunerne og Region Syddanmark iværksætter fælles udviklingsprojekter vedrørende digital sundhedskommunikation og velfærdsteknologier, som målrettet skal understøtte en effektiv og omkostningsbevidst opgaveløsning.
- Syddanmark er på forkant i forhold til udfoldelsen af den nationale digitaliseringsstrategi på sundhedsområdet.
- Telemedicinske ydelser leveres direkte til patientens eget hjem. Der stilles i større grad krav om selvmonitorering.

Samarbejde giver sammenhæng

Vi samarbejder ud fra fælles værdier

Vi skaber et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor samarbejdet bygger på værdierne åbenhed, dialog og gensidig tillid.

Regionen, almen praksis og kommunerne har hver sine veldefinerede opgaver på sundhedsområdet. Sektorerne fungerer desuden under forskellige rammer og efter forskellige incitamenter og styringsmekanismer. Det medvirker til, at kvalitetsbegreber og de faglige kulturer er forskellige i de tre sektorer.

Men borgerne og patienterne er vi fælles om – og ligeså de aktuelle udfordringer som sundhedsvæsenet står overfor: Flere kronisk syge, et stigende antal mennesker i behandling for sindslidelser, den sociale ulighed i sundhed, sammenhængen i behandlingsforløb og ressourceknaphed.

Åbenhed, dialog og gensidig tillid skal være de bærende værdier for samarbejdet mellem sektorerne.

Med åbenhed mener vi gennemsigtighed i opgaveløsningen og viljen til at samarbejde og udvikle nye løsninger på tværs af sektorer.

Med dialog mener vi proaktiv kommunikation og kontakt. Dels i planlægning og tilrettelæggelse af aktiviteterne og dels i de enkelte borger-/patientforløb, særligt i de kritiske overgangsfaser.

Med gensidig tillid mener vi tiltro til kollegers faglighed og ansvarlighed i andre sektorer og tilliden til, at indgåede aftaler overholdes.

Fælles indsatser

- Vi forpligter os til dialog på ledelsesniveau på tværs af sektorerne.
- Vi følger systematisk op på, at de indgåede aftaler implementeres. De lokale samordningsfora afrapporterer årligt om, hvordan opgaverne varetages.
- Samarbejdsaftalen om borger-/patientforløb, SAM:BO, og den tilsvarende samarbejdsaftale på det psykiatriske område udvikles og lægges til grund for årlig opfølgning og kvalitetsmonitorering.

Klar til et sundhedsvæsen i forandring

Vi har et fælles billede af vejen frem for det samlede sundhedsvæsen – f.eks. ændringer i struktur, kapacitet og patientsammensætning. Vi træffer aftaler om, hvilke opgaver vi overdrager til hinanden – hvornår og hvordan.

Sundhedsvæsenet undergår til stadighed forandringer i struktur og opgavevaretagelse. Det sker som følge af den medicinsk-teknologiske udvikling, ændringer i behovet for behandling og de begrænsede økonomiske ressourcer.

Kommunerne, sygehusene og almen praksis er forbundne kar i det samme sundhedsvæsen. Når regionens sygehuse indfører Fælles Akutmodtagelser, betyder det, at patienterne kommer hurtigere hjem. Det kan mærkes hos de alment praktiserende læger og i kommunernes pleje og omsorg. Når kommunerne ændrer på serviceniveauet, kan det påvirke antallet af sygehusindlæggelser.

Derfor er sygehusene, de alment praktiserende læger og kommunerne forpligtigede til at samarbejde om overgangene mellem sektorerne. Det skal de gøre for at sikre sammenhæng for borgerne/patienterne i sundhedssektoren og af hensyn til en effektiv styring af kapacitet og ressourcer. Af den grund er der behov for klarhed over aktiviteter og økonomi. De tre sektorer skal derfor dele informationer om forhold, der direkte eller indirekte har betydning for de andre sektors opgaveløsning og økonomi.

Opgaverne skal løses, hvor det sker bedst og billigst. Både kommuner og region er underlagt stramme økonomiske rammer, men udviklingsprojekter med effektmål kan være en vej til at finde løsninger, som giver mere sundhed for pengene.

Der skal for alle parter være tydelige incitamenter for at sikre en klar arbejdsdeling, forpligtende samarbejder og en tværgående planlægning, der understøtter én samlet indsats, hvor alle tilbud har høj kvalitet.

Når vi flytter opgaver mellem sygehuse, alment praktiserende læger og kommuner, skal det ske som opgaveoverdragelse. Det betyder, at opgaver flyttes planlagt i dialog og inddragelse med henblik på fælles forståelse af ny fremtidig praksis og enighed om overdragelsesprocessen.

Fælles indsatser

- Der skal være dialog mellem sektorerne, inden der sker ændringer i kapaciteten, som kommer til at påvirke aktiviteterne i de andre sektorer.
- Kommunerne og Region Syddanmark leverer data og andre relevante oplysninger i forbindelse med opgaver og analyser. Den viden kan hjælpe de forskellige sektorer til at bruge deres ressourcer bedre.
- På afgrænsede områder udvikles metoder til konsekvensvurdering af ændret opgavevaretagelse.

IT og velfærdsteknologi binder sundhedsvæsenet sammen

Vi sikrer, at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid og sted på tværs af sygehuse, alment praktiserende læger og kommuner.

I Syddanmark har vi allerede skabt fundamentet for dette tætte samarbejde gennem et ambitiøst it-samarbejde, der har gjort det muligt at etablere et digitalt fællesskab mellem alment praktiserende læger, sygehuse og kommuner.

I Danmark står vi over for en tredobbelt udfordring: Der er færre hænder til at varetage sundheds- og plejeopgaver; der er efterspørgsel efter kvalitative serviceydelser i det offentlige og der er behov for innovation for at kunne sikre vækst i arbejdspladser. Anvendelse af velfærdsteknologi er et oplagt svar på denne udfordring.

Velfærdsteknologi åbner for et stort potentiale for de virksomheder, som producerer teknologier og løsninger, der kan bidrage til at reducere omkostningerne i det offentlige. F.eks. gennem effektive metoder til diagnosticering, mere målrettet behandling og pleje og automatisering af belastende rutineopgaver.

Den stigende anvendelse af nye velfærdsteknologiske værktøjer og redskaber som telemedicin vil desuden give nye muligheder for tværsektorielt samarbejde og opgavedeling.

Fælles indsatser

- Etablering af innovative udviklingsprojekter inden for anvendelse af velfærdsteknologi og telemedicin er et fælles satsningsområde. I samarbejde med erhvervsvirksomheder kan sundhedssektoren være med til at bidrage til den regionale udvikling og skabe et udviklingsmiljø.
- Vi afprøver velfærdsteknologiske pilotprojekter, der kan understøtte sundhedsaftalens forskellige indsatsområder og samarbejdet og dialogen mellem parterne.
- Velfærdsteknologi og tværsektorielt samarbejde indtænkes bl.a. i etablering af de nye sygehuse i regionen.
- Vi fortsætter udviklingen af det digitale fællesskab baseret på elektronisk kommunikation

På vej mod fælles kvalitetsmål

Borgerne oplever, at indsatserne i overgangene mellem sektorerne er sammenhængende og af høj kvalitet. Indsatser på det tværsektorielle sundhedsområde kvalitetssikres og kvalitetsudvikles gennem fælles evaluering og læring og med fokus på borgerens oplevelse.

Region, kommuner og almen praksis er underlagt forskellige rammer og præget af forskellige styringslogikker og kulturer, når det gælder udvikling og sikring af kvalitet. For at sikre sammenhængen i de tværsektorielle indsatser udarbejdes og implementeres en fælles samlet kvalitetsstrategi. Strategien skal respektere sektorernes forskelligheder og vedrører derfor alene de fælles områder: Overgangene og snitfladerne mellem sektorerne. Strategiarbejdets udgangspunkt er borgerens oplevelse af kvalitet, og der lægges særlig vægt på tillid og respekt på tværs af sektorer, fælles læring og udstrakt videndeling.

Værdien af initiativerne på det tværsektorielle sundhedsområde er borgerens oplevelse af kvalitet og sammenhæng. Derfor måles sundhedsaftalernes initiativer løbende, for at vi kan se, om vi er på rette vej og forbedre og tilpasse indsatsen. Relevante variable, herunder alder og køn, inddrages i arbejdet.

Fælles indsatser

- Vi udarbejder og implementerer en fælles kvalitetsstrategi for det tværsektorielle sundhedsområde.
- Vi måler løbende på kvaliteten af ydelserne og på overgangene i de tværsektorielle patientforløb.

Ny viden gennem udvikling og forskning

Vi skaber ny viden gennem samarbejde mellem region, kommuner og forskningsinstitutioner.

Vi stiller viden til rådighed for hinanden og deltager i fælles kompetenceudvikling.

Potentialet i samarbejdet mellem region, kommuner og forskningsinstitutioner – særligt på forebyggelsesområdet – skal indfries.

Vi kan gøre det ved at deltage i fælles udviklingsprojekter og kompetenceudvikling. Det giver fælles læring, sprog og erfaringsgrundlag og kendskab til hinandens viden og ressourcer. Vi kan gøre det ved at stille viden til rådighed for hinanden – og skabe ny viden i fællesskab.

Undersøgelser af borgernes selvvalgte helbred, sundhedsvaner, motivation for sundhedsfremme mv. skal bidrage med viden til prioritering og planlægning af både den regionale og kommunale sundhedsindsats.

Gennem forsknings- og udviklingsprojekter skal der skabes ny viden, som kan løfte effekten af forebyggelsesindsatserne. Indsatsen overfor socialt udsatte grupper har særligt fokus. Mulighederne for at deltage i store fyrtårnsprojekter vil variere fra kommune til kommune, men det skal sikres, at den erhvervede viden bliver til fælles gavn – gennem videndeling og inspiration på tværs.

Flere og ofte mere komplicerede behandlingsforløb kræver nye kompetencer og uddannelse hos sundhedspersonalet. For eksempel i form af viden om redskaber, der kan understøtte borgeren til at udøve egenomsorg.

Fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorer kan give personalet nye redskaber og øget forståelse for, hvordan de øvrige sektorer arbejder og fungerer. Betydningen af det personlige kendskab spiller en stor rolle, når problemer skal løses i hverdagen.

Fælles indsats

- Der etableres samarbejder mellem kommuner, region og forskningsinstitutioner med henblik på at udvikle den forebyggende indsats i Syddanmark.
- Vi sætter udviklingsprojekter i gang om den patientrettede forebyggelse. Projekterne kan etableres som samarbejder mellem regionen og en eller flere kommuner, men deltagende kommuner forpligter sig til at videndele med de øvrige kommuner i regionen.
- Vi anvender viden fra den nationale sundhedsprofil som grundlag for prioritering og planlægning af den forebyggende indsats i både kommuner og region.
- Hvor det er hensigtsmæssigt, foretager vi fundraising i fællesskab til tværgående strategier og indsatser.
- Hvor det er relevant, afvikles kompetenceudvikling i fællesskab på tværs af sektorgrænser.
- I Region Syddanmark gennemføres et stort tværsektorielt kompetenceudviklingsprojekt på kronikerområdet. Projektet omfatter både kompetenceudvikling af sundhedspersonale på sygehusene, almen praksis og i kommunerne.

Implementering af Fælles Sundhed

Inden udgangen af 2011 forestår Sundhedskoordinationsudvalget en proces, hvor visionens fælles initiativer konkretiseres og gøres målbare, blandt andet i samspil med udarbejdelsen af den fælles kvalitetsstrategi. I denne proces inddrages aftalens parter. Sundhedskoordinationsudvalget følger løbende op på indfrielsen af visionen parallelt med Sundhedskoordinationsudvalgets generelle opfølgning på sundhedsaftalerne.

Kommunespecifik aftale: Fælles udvikling

Fælles sundhed

Visionen er at borgere og patienter oplever sammenhæng og at det er samarbejde, som sikrer sammenhæng mellem region, almen praksis og kommune.

Som det er beskrevet i visionsdelen, konkretiseres visionen i 10 initiativer

- *Vi gør en aktiv indsats for lighed i sundhed*
- *Vi bygger på borgerens ansvar for egen sundhed*
- *Vi sikrer sammenhæng i forløbene*
- *Vi prioriterer forebyggelse og rehabilitering*
- *Vi udnytter mulighederne i telemedicin og velfærdsteknologi*
- *Vi samarbejder ud fra fælles værdier*
- *Klar til et sundhedsvæsen i forandring*
- *IT og velfærdsteknologi binder sundhedsvæsenet sammen*
- *På vej mod fælles kvalitetsmål*
- *Ny viden gennem udvikling og forskning*

Region Syddanmark, OUH og Odense Kommune vil med udgangspunkt i visionen igangsætte en række udviklingstiltag og/eller – projekter, som skal være med til at sikre, at visionen på sigt kan indfries.

Formålet med udviklingstiltagene vil bl.a. være at prøve nye veje i opgaveløsningen, nye samarbejds- og organisationsformer, nye forsøgs- og udviklingsinitiativer i overgangene mellem sektorerne i forhold til at sikre borgeren et sammenhængende forløb.

Parterne vil, når det giver mening i forhold til borger og opgavetilrettelæggelse, forsøge at udfordre de lovgivningsmæssige rammer.

Nedenfor er skitseret de tiltag, parterne på nuværende tidspunkt er indstillet på at vurdere potentialet i. Parterne forventer at der igangsættes andre relevante tiltag og projekter i aftaleperioden.

Der er tale om samfinansierede tilbud, som borger, sygehus og kommune kan profitere af. For hvert initiativ indgås separat skriftlig aftale, og der foreligger klar aftale om indhold, opgaver, metode, proces, ansvarlige, ressourcer, økonomi og finansiering.

Visitatorer/forløbskoordinatorer ansat i forbindelse med Fælles Akut Modtagelse - Odense (FAM-Odense)

Parterne ønsker at forsøge sig med delte stillinger i forhold til at varetage hhv. den kommunale visitation og sygehusets forløbskoordinator når der oprettes midlertidig fælles akutmodtagelse på OUH.

Det skal afklares hvorvidt, der er et problem i forhold til at der er tale om to myndighedsområder, i givet fald søges om dispensation.

Bedre samarbejde mellem Almen Praksis og den kommunale pleje af ældre

Et forsøg med samme læge til beboere på et plejecenter.

Kommunen udpeger to til tre plejecentre, hvor beboerne får mulighed for at vælge samme læge/lægehus. - Alle plejehjemsbeboere har i dag valgt egen (og ofte forskellig) læge. Det vanskeliggør samspillet mellem plejepersonalet og den lægelige rådgivning. Der kunne laves et forsøg hvor lægen "flytter sin konsultation" til plejehjemmet på aftalte dage/tidspunkter. Dermed vil samarbejdet forbedres f.eks. ved at der vil være øget fokus på medicin og der vil være en direkte dialog mellem beboer, lægen og plejepersonalet. Et tættere samarbejde og rationel farmakoterapi, forventes at medføre færre uhensigtsmæssige indlæggelser.

Fælles hjælpemiddeldepot for OUH og Odense Kommune

Analyse af, hvorledes der kan etableres et fælles hjælpemiddeldepot for OUH og Odense Kommune. Ideen er, at der etableres et fælles hjælpemiddeldepot for OUH og Odense Kommune - med mulighed for senere at komme til at omfatte andre kommuner i Region Syddanmark

Implementering af velfærdsteknologi og IT

- Videokonferencer med OUH f.eks. i forbindelse med udskrivningen af patienter til midlertidige pladser i Odense Kommune.
- Fælles medicinkort
- Kol-kuffert
- Tele-sår projekt
- Selvstyret AK behandling

Fælles analyse af mulige fremtidige udviklingspotentialer af genoptræningsområdet.

Der er tale om et partnerskabsprojekt mellem SDU, Region Syddanmark og Odense Kommune om en ph.d.-afhandling, der bl.a. skal belyse mulige fremtidige udviklingspotentialer af genoptræningsområdet, herunder analyser af effekt og omfang af genoptræningen.

Tværasektoriel psykiatrisk forskningsindsats

Der har igennem flere år været samarbejde mellem de to sektorer omkring et patientforløbsprogram, og erfaringerne herfra har vist, at der er behov for at styrke det forskningsmæssige samarbejde ved etableringen af Enheden for Integreret Psykiatrisk Sundhedstjenesteforskning. Enheden finansieres med 200.000 kr. årligt, halvdelen fra hver sektor.

En målrettet tværasektoriel forskningsindsats vil gøre det muligt at udvikle fremtidens psykiatri og dermed skabe forudsætninger for, at de psykiatriske patienter kan få en evidensbaseret udredning, behandling og rehabilitering.

Det integrerede tværasektorielle forskningssamarbejde er etableret som en murstensløs forskningsenhed ved fagområdet for psykiatri, Syddansk Universitet (SDU), almenpsykiatrisk afdeling, Odense. Enheden refererer til Voksenpsykiatriens Samordningsforum.

Der er aftalt følgende forskningsplan 2010 til 2015:

1. Rehabilitering af nydiagnosticerede og kroniske patienter med skizofreni.
2. Analyse af genindlæggelser.
3. Etablering af patientforløbsprogram for patienter med personlighedsforstyrrelser.
4. Brugere og fagpersoners oplevelse af et tværasektorielt patientforløbsprogram.
5. Svært sindslidende med socialpsykiatrisk bolig.
6. Strategiplan for håndtering af metabolisk syndrom.
7. Metodeudvikling.

Grundaftale om værdier, samarbejde og organisering

1. Formål

Sundhedsaftalens parter i Region Syddanmark har valgt at udarbejde en grundaftale om værdier, samarbejde og organisering, fordi parterne mener, at et værdibaseret samarbejde er grundforudsætningen for sammenhæng og kvalitet i borger og patientforløbene. Hvor første generations sundhedsaftaler (2008-2010) etablerede en samarbejdsstruktur på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse, der sikrede effektive samarbejdsrelationer til gavn for borgere og patienter, værdisætter parterne i anden generations sundhedsaftaler (2011-2014) samarbejdet og dets præmisser.

Samarbejdet tilrettelægges for at opnå et fælles fundament for et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor de strategiske overvejelser ses i et helhedsorienteret perspektiv.

Hvor andet ikke er nævnt, gælder sundhedsaftalerne såvel det psykiatriske som det somatiske område.

1.1 Værdier

Det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark er grundlæggende bygget op omkring værdierne gensidig tillid, åbenhed og dialog.

Samarbejdet er styret af, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne hvor det fælles mål er sammenhængende borger- og patientforløb. Er der tvivl om, hvilken myndighed der har ansvaret for opgavevaretagelsen, udføres opgaven af den myndighed, der har tættest kontakt med patienten/borgeren. De nødvendige ydelser leveres til patienten/borgeren, og ansvar og betalings spørgsmål afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

Samarbejdet foregår åbent og tæt med et højt informationsniveau, omfattende videndeling og fælles kompetenceudvikling. Vi er åbne om de beslutninger vi hver især træffer, og den baggrund beslutningerne træffes på.

Dialogen mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbene, er det bærende redskab for samarbejdet. Dialogen skal være løbende og proaktiv, men især sikres omkring de kritiske overgangsfaser mellem sektorer. Denne dialog forudsætter, at der hersker gensidig respekt for og tillid til fagligheden i kommune, almen praksis og sygehus.

Dialogen skal sikre, at alle parter i fornødent omfang på ethvert tidspunkt er vidende om den hidtidige del af et patientforløb og enige om det videre forløb og opgaverne heri. De involverede parter må udvise en sådan fleksibilitet, at sammenhængen i forløbet og overgangen fra en sektor til en anden sikres i overensstemmelse med det aftalte.

Dialogen skal foregå mellem de fagpersoner, der er involveret i patientforløbet, og kun hvis der ikke kan nås til enighed, bringes spørgsmål til nærmeste ledelsesniveau. Principielle uenigheder kan bringes op i den eller de relevante arbejdsgrupper under det lokale samordningsforum og ved behov i det lokale samordningsforum.

1.2. Samarbejde mellem kommuner, sygehuse og almen praksis - på regionalt niveau

Det overordnede politiske organ er Sundhedskoordinationsudvalget og det overordnede administrative organ er Det Administrative Kontaktforum. I forhold til de øvrige styregrupper, følgegrupper og arbejdsgrupper henvises der til kommissorierne for disse grupper, som er at finde på www.regionsyddanmark.dk/sundhed.

Sundhedskoordinationsudvalget

På det regionale niveau er det øverste politiske organ Sundhedskoordinationsudvalget, som er sammensat af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunerne i Region Syddanmark (KommuneKontaktrådet) og almen praksis i regionen (Praksisudvalget for almen praksis).

Sundhedskoordinationsudvalget har til opgave at:

- Udarbejde generelt udkast til sundhedsaftaler efter § 205 i sundhedsloven og følger og drøfter efter behov sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse
- Vurdere udkast til regionens sundhedsplan og bidrage med anbefalinger vedrørende sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, almen praksis og kommuner
- Følge og drøfte sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne
- Drøfte emner af betydning for sammenhængen i behandlingsforløb mellem sygehuse, almen praksis og kommuner
- Informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold, der kan fremme sammenhæng i behandlingsforløb, der rækker ud over Region Syddanmark.

Det Administrative Kontaktforum

Det Administrative Kontaktforum er det øverste administrative organ bestående af kommunale og regionale ledelsesrepræsentanter, herunder en repræsentant fra almen praksis.

Det Administrative Kontaktforum har til opgave at:

- Koordinere arbejdet under Sundhedskoordinationsudvalget mellem region, kommuner og almen praksis
- Forberede sager til Sundhedskoordinationsudvalget
- Drøfte samarbejdet mellem kommune og region på et strategisk niveau, herunder spørgsmål om opgaveoverdragelse, metoder for konsekvensvurderinger og projekter med fælles ressourceindsats
- Sikre overordnet koordinering af udarbejdelse samt implementering af sundhedsaftalerne i samarbejde med de lokale samordningsfora, herunder evaluering af samarbejdet
- Sikre tværgående kommunikation og information vedr. samarbejdet omkring sundhedsaftalerne i forhold til region, sygehuse, praksissektoren, kommunerne samt eksterne samarbejdspartnere
- Drøfte den tværsektorielle kvalitetsstrategi
- Følge udviklingen af kronikerindsatsen, herunder arbejdet med patientforløbsprogrammer.

Det Administrative Kontaktforum har endvidere kompetence til at nedsætte ad hoc styregrupper, arbejdsgrupper og følgegrupper i forbindelse med samarbejdet omkring Sundhedsaftalerne, idet kommissorier godkendes i Det Administrative Kontaktforum.

Den tværsektorielle organisering skal sikre repræsentativitet, klar opgavedeling, stringens og gennemsigelighed.

Ved nedsættelse af arbejdsgrupper under Det Administrative Kontaktforum søges medlemsudpegningen foretaget så alle samordningsfora er repræsenteret.

VisInfoSyd – en fælles sundhedsfaglig informationsplatform for det tværsektorielle samarbejde

Region Syddanmark har etableret en web-baseret informationsplatform for det sundhedspersonale, der samarbejder om patientbehandling på tværs af sektorerne i regionen. Der er etableret en hjemmeside med adressen visinfosyd.dk, hvor der er adgang til sundhedsfaglig information for personale i kommunerne, lægepraksis, fysioterapeuter, kiropraktorer mv. samt personale på sygehusene.

Informationen omfatter bl.a. kontaktinformation fra alle parter, fælles forløbsbeskrivelser, information om forebyggelse, genoptræning, ventetider, medicin, love og regler, fælles aftaler mv. Desuden er der mulighed for med få timers varsel at udsende meddelelser til alle parter i det tværsektorielle samarbejde.

Fælles kompetenceudvikling

Region og kommuner etablerer og deltager i fælles kompetenceudvikling og læring på relevante områder for at styrke det tværsektorielle samarbejde. Deltagelse på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis skaber fælles viden og erfaringsgrundlag, men også kendskab til hinandens kompetencer på tværs af faglighed og sektorer.

1.3. Samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis – på lokalt niveau

Lokale samordningsfora / psykiatriske samordningsfora

Det lokale samarbejde udmøntes i lokale samordningsfora geografisk knyttet til de enkelte sygehusenheder og de psykiatriske driftsenheder. Disse fora skal omfatte de kommuner, sygehuset har hovedparten af sine patientkontakter til, samt praksisrepræsentanter udpeget af Praksisudvalget. Kommuner, der samarbejder i større omfang med flere sygehuse, deltager i de respektive samarbejdsfora efter aftale.

Opgaver

De lokale/psykiatriske samordningsfora har til opgave at medvirke til og koordinere gennemførelse af sundhedsaftalerne på de enkelte indsatsområder samt at leve op til aftalernes grundlæggende formål og værdier.

Endvidere har de lokale/psykiatriske samordningsfora til opgave at sikre løbende dialog og samarbejde mellem de tre sektorer om kvaliteten og udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til borgerne.

Konkret skal de enkelte samordningsfora bl.a.

- Sikre sammenhængende patientforløb mellem de tre sektorer
- Følge samarbejdet mellem de tre sektorer løbende og evaluere de enkelte indsatser i sundhedsaftalerne, herunder overveje forslag til justeringer og opdateringer
- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv. og koordinere kapacitet mellem kommuner og sygehuse særligt i forhold til den fremtidige øgede opgavevaretagelse i primærsektoren og den vedvarende omlægning af patientforløb fra stationært til ambulant regi
- Vurdere behovet for samarbejde med fælles ressourceindsats
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver/projekter
- Sikre dialog om grundlaget for kvalitetsmonitorering af det tværsektorielle samarbejde, fx politikker og retningslinjer inden for rammerne af Den Danske Kvalitetsmodel for sygehusenes vedkommende og for kommunernes vedkommende den valgte kvalitetsmodel.
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet mellem de tre sektorer
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Behandle fortolkningsspørgsmål

De lokale/psykiatriske samordningsfora arbejder på grundlag af de generelle værdier og principper i denne grundaftale.

I de lokale samordningsfora afholdes sædvanligvis 5-6 møder om året. Samordningsfora for psykiatrien afholder sædvanligvis 2 møder årligt.

Repræsentation i de lokale samordningsfora

Hvert sygehus repræsenteres af repræsentanter for sygehusledelsen samt relevante afdelingsrepræsentanter. Hver kommune repræsenteres på relevant lederniveau. Repræsentanter fra almen praksis aftales med Praksisudvalget. I samordningsfora for psykiatrien repræsenteres sygehuset af sygehusledelsen, lokal afdelingsledelse samt psykiatristaben. Der henvises til de relevante samordningsforas gældende kommissorier, forretningsordener mv.

Kompetencer og reference

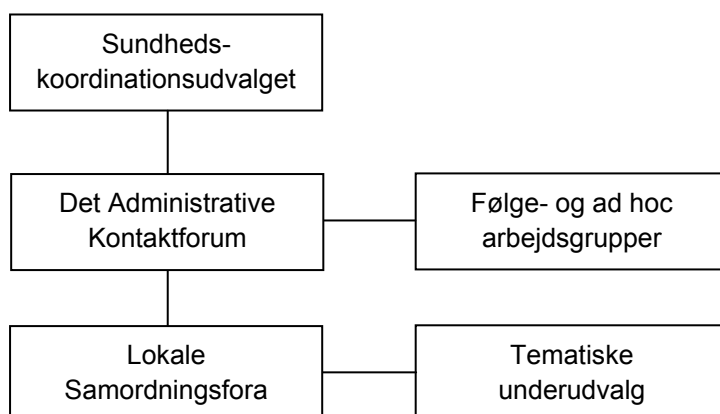
De lokale samordningsfora kan træffe beslutninger om koordinering og udmøntning inden for de rammer, der er udstukket af de respektive myndigheder. Spørgsmål af mere vidtgående karakter forelægges kommuner hhv. region til afgørelse.

De lokale samordningsfora afgiver en årlig beretning til Sundhedskoordinationsudvalget samt de respektive parter om varetagelsen af opgaverne i henhold til sundhedsaftalerne samt om forhold, der har været drøftet i det forgangne år. Samordningsfora for psykiatrien fremsender samlet beretningen for alle fora.

De lokale samordningsfora har mulighed for at anmode Sundhedskoordinationsudvalget om at drøfte problemstillinger. Dagsordener og referater tilgår Det Administrative Kontaktforum.

Såfremt de lokale samordningsfora behandler spørgsmål under grundaftalerne af principiel karakter, forelægges spørgsmålene for Det Administrative Kontaktforum; samt efterfølgende for Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter til afgørelse.

De lokale samordningsfora kan nedsætte underudvalg, der kan arbejde mere specifikt med implementering af sundhedsaftalerne i dialog om de enkelte elementer.



<i>Lokale samordningsfora, somatik</i>	<i>Lokale samordningsfora, psykiatri</i>
Sydvestjysk Sygehus	Vestjylland
Sygehus Lillebælt	Lillebælt
Sygehus Sønderjylland	Sønderjylland
OUH-Fyn	Fyn

På www.regionsyddanmark.dk opdateres organisationsdiagrammet løbende.

2. Almen praksis og sundhedsaftalen

Afsnittet beskriver de særlige forhold som gør sig gældende for almen praksis' rolle i sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalen er indgået mellem to myndigheder, regionsrådet og kommunalbestyrelsen. Regionsrådet repræsenterer i denne sammenhæng både sygehusene og praksissektoren.

Parterne i sundhedsaftalen er sygehuse, kommunerne og almen praksis.

Almen praksis er som part i sundhedsaftalen omfattet af de aftaler, der er indgået om almen praksis rolle i sundhedsaftalen, herunder de tværgående grundaftaler.

2.1 Samspil mellem sundhedsaftalen og Landsoverenskomsten om almen lægegering

Ved udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalerne drøftes det løbende med almen praksis, om sundhedsaftalens opgaver for almen praksis ligger inden for Landsoverenskomstens bestemmelser eller om der er behov for at udarbejde supplerende aftaler om opgaver for almen praksis, der kan understøtte det tværsektorielle samarbejde.²

2.2 Implementering af sundhedsaftalerne

Der er fokus på udmøntning og implementering af de eksisterende aftaler om sammenhængende patientforløb, som er beskrevet i sundhedsaftalen. Det drejer sig om fx indsatsen på kronikerområdet og implementering af IT-strategien.

Involveringen af almen praksis i implementeringen sker på tre niveauer:

- Regionalt

Det er i samarbejdsudvalget for almen lægegering, at de generelle forudsætninger for implementering af sundhedsaftalen i forhold til almen praksis bliver aftalt. Samarbejdsudvalget drøfter relevante problemstillinger relateret til implementeringen af sundhedsaftalerne ift. almen praksis. Hvis der i de lokale samordningsfora eller i en kommune opstår tvivl om, hvorvidt en given opgave for almen praksis hører ind under gældende overenskomstbestemmelser eller ej, kan sekretariatet (Praksisafdelingen) for Samarbejdsudvalget kontaktes.

- De lokale samordningsfora

De lokale samordningsfora har ansvaret for den praktiske implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen. Repræsentanter for almen praksis deltager i de lokale samordningsfora.

- Kommunalt

Parterne er opmærksomme på at involvere den lokale organisation for lægerne (bylægeforeningen / kommunalt lægelaug) og evt. den kommunale praksiskonsulent i implementeringen samt i udarbejdelsen af eventuelle lokale aftaler. Der tages højde for lokale forhold samt Landsoverenskomstens bestemmelser.

2.3 Fælles praksiskonsulentordning

I regionen er der forskellige konsulentgrupper, der arbejder med kvalitetsudvikling og patientforløb i relation til almen praksis. Det er dog i særlig grad inden for den fælles praksiskonsulentordning at der arbejdes med at understøtte almen praksis i samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse (somatik og psykiatri).

Praksiskonsulentordningen er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og blev etableret i løbet af 2007. Følgegruppen for Praksiskonsulentordningen, der har repræsentanter fra sygehuse, kommuner, almen praksis og regionens sundhedsstab, skal sikre sammenhængen mellem aktiviteterne i Praksiskonsulentordningen og de ønsker og forventninger, der er fra ordningens forskellige interessenter. Det fremgår af handlingsplanen for Praksiskonsulentordningen, at ordningen skal understøtte den kommunale praksiskonsulent og kommunen i det lokale samarbejde med de praktiserende alment praktiserende læger samt understøtte samarbejdet mellem overenskomstparterne, når der skal indgås aftaler.

² En mulighed, der fremgår af Landsoverenskomstens § 2. Øvrige aftaler vedrørende almen praksis: Mellem en region og et praksisudvalg kan indgås lokale aftaler, som supplerer eller fraviger nærværende overenskomst. Sådanne aftaler skal indberettes til overenskomstens parter.

Kommuner med en praktiserende læge ansat som praksiskonsulent kan involvere vedkommende i arbejdet med sundhedsaftalerne. Herudover kan alle kommuner, der er med i Praksiskonsulentordningen, kontakte sekretariatet for Praksiskonsulentordningen for at få hjælp eller inspiration til det videre samarbejde.

3. Praktiserende behandleres deltagelse i tværsektorielle samarbejds- og udviklingsaktiviteter

Ved deltagelse af alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller evt. andre praktiserende behandlere som faglige rådgivere i tværsektorielle møde- og planlægningsaktiviteter o. lign. afholdes honorarudgifter til disse efter følgende retningslinjer:

- Honorarer administreres på grundlag af gældende aftaler
- Deltagelse i samarbejdsorganer og planlægningsgrupper, der er fastlagt i sundhedsaftaler, finansieres af regionen
- Deltagelse i udviklings- og projektaktiviteter mv. der igangsættes på initiativ af regionen eller sygehusene, finansieres af regionen
- Deltagelse i samarbejds- og udviklingsaktiviteter, der igangsættes på initiativ af en eller flere kommuner, finansieres af vedkommende kommuner
- Deltagelse i udviklings- og projektaktiviteter, der igangsættes efter lokal aftale mellem et sygehus og kommuner, finansieres af sygehuset og vedkommende kommuner med 50% til hver

4. Ikrafttræden og revision af sundhedsaftalerne

Sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og kommunerne træder i kraft 1. februar 2011 og har gyldighed til udgangen af 2014 eller indtil ny aftale træder i kraft.

Ændringer i det generelle aftaleindhold behandles i Sundhedskoordinationsudvalget inden forelæggelse for regionsråd og kommunalbestyrelser.

Ændringer i sundhedsaftalernes specifikke indhold for kommunen eller for sygehuset godkendes af regionsrådet og vedkommende kommunalbestyrelse.

Hvis der sker væsentlige ændringer i en sundhedsaftale, skal sundhedsaftalerne for vedkommende kommune sendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Som væsentlige ændringer opfattes ændringer i principper for arbejdsdeling, koordination og planlægning.

5. Fortolkning af aftaler

Uafklarede spørgsmål om fortolkning af elementer i sundhedsaftalerne, herunder opgaveansvar, afklares i hverdagen på stedet uden opsættende virkning, således at borgeren oplever et sammenhængende forløb.

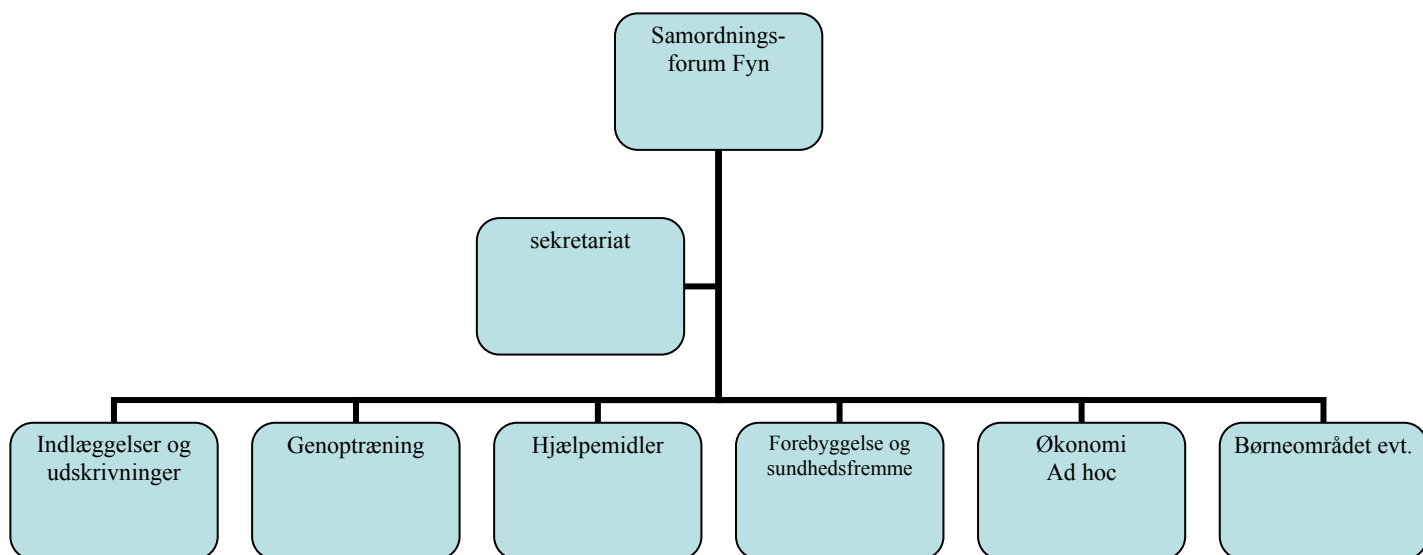
Fortolkningsspørgsmål behandles i de lokale samordningsfora. De lokale samordningsfora fremsender årligt en oversigt over behandlede fortolkningsspørgsmål til Sundhedskoordinationsudvalget, Det Administrative Kontaktforum og de respektive parter.

Såfremt der er tale om spørgsmål af principiel karakter, forelægges spørgsmålene for Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter til afgørelse.

Det påhviler de enkelte ledelser løbende at implementere resultatet af fortolkningerne.

Sygehusspecifikke aftaler mellem de fynske kommuner og OUH Odense Universitetshospital og OUH Svendborg Sygehus

Fælles lokalt samordningsforum for hele Fyn – SOFF- med fælles underliggende udvalg.



Ovenstående model viser et fælles lokalt samordningsforum for alle de fynske kommuner og OUH. I tilknytning til det lokale samordningsforum er der etableret en række udvalg på forskellige områder.

Samordningsforum Fyn

På det somatiske område koordineres det lokale samarbejde mellem de fynske kommuner og OUH gennem Samordningsforum Fyn.

Samordningsforum Fyn er en fusion af de to tidligere lokale samordningsfora på Fyn. I regional sammenhæng og regionale fora opretholdes repræsentation svarende til to samordningsfora – dvs en repræsentant fra Odense Kommune, en repræsentant fra de øvrige kommuner samt 2 repræsentanter fra OUH.

Samordningsforum Fyn omfatter alle kommuner på Fyn samt Langeland og Ærø kommuner. Samordningsforum har en ledelsesrepræsentant fra hver kommune, repræsentanter fra almen praksis samt repræsentanter fra OUH og sekretariat. Der afholdes 4-6 møder årligt.

Der vælges et formandskab for fire år, svarende til sundhedsaftalens aftaleperiode. Såfremt formanden er fra sygehusområdet, skal næstformanden være fra kommuneområdet og omvendt. Der er et årligt skift mellem formandsfunktion og næstformandsfunktion. Formandskabet serviceres af et fælles sekretariat bestående af to kommunale konsulenter, hvoraf den ene er fra Odense Kommune samt en - to konsulenter fra sygehuset.

Kommissorium for Samordningsforum Fyn indgår som Bilag A. Samordningsforum udarbejder selv forretningsordenen.

Samordningsforum kan nedsætte udvalg ad hoc. Samordningsforum Fyn har nedsat følgende udvalg:

- Udvalg vedr. indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Udvalg vedr. hjælpemidler og behandlingsredskaber

- Udvalg vedr. genoptræning
- Udvalg vedr. forebyggelse og sundhedsfremme
- Ad hoc udvalg vedr. økonomi og aktivitet

Samordningsforum Fyn udarbejder kommissorier for underudvalg og ad hoc grupper

Ved overgangen til sundhedsaftaler 2011-2014 vil der endvidere blive nedsat en arbejdsgruppe som skal afdække behov for etablering af et udvalg vedr. børneområdet.

Utlåste hændelser behandles i det relevante udvalg. Fremføring af sager fremsendes til Sekretariatet for Samordningsforum Fyn, som foretager videre ekspedition til udvalget.

Børneområdet – herunder fødsler - behandles indtil videre i Udvalg for indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Evt. andre udvalg vil blive nedsat på beslutning i Samordningsforum Fyn.

Udvalgene får opgaver fra og rapporterer til Samordningsforum Fyn. Opgaverne kan vedrøre planlægning, samordning og udvikling.

Stående udvalg har ansvar for et årligt temamøde i Samordningsforum Fyn, hvor emner indenfor deres ansvarsområde drøftes nærmere.

Udvalgene sammensættes, som det fagligt set findes mest hensigtsmæssigt. Som udgangspunkt tilstræbes repræsentation fra alle kommuner i Samordningsforum Fyn, OUH samt almen praksis. En kommune kan dog vælge at deltage på orienteringsbasis – dvs. blot at modtage referater mv.

Formandskab og sekretariatsbetjening aftales, når udvalget nedsættes.

Stående udvalg skal afgive en årsberetning.

Udviklingspulje

Der kan indgås en årlig aftale om betaling til en fælles udviklingspulje. Formålet med Udviklingspuljen er at understøtte et kreativt og fagligt udviklende samarbejde i rehabiliterings- og plejeforløb mellem OUH og kommuner i Samordningsforum Fyn.

Aftalen indebærer, at kommunerne bidrager med 0,35 kr pr borger. OUH bidrager med samme beløbsstørrelse som kommunerne samlet set.

Samordningsforum Fyn udarbejder kommissorium for puljen som uddeles efter ansøgning.

Almen praksis

Både OUH og de fynske kommuner er opmærksomme på at inddrage almen praksis i implementering af sundhedsaftalerne. De fleste kommuner har ansat kommunal praksiskonsulent. Tilsvarende har OUH praksiskonsulenter tilknyttet afdelingerne.

Ansæt kommunal praksiskonsulent fungerer de fleste steder som bindeled til lokale lægepraksis/ den lokale organisation for almen praksis (lægelæg/bylægeforening).

De regionalt ansatte praksiskonsulenter på OUH har til opgave at koordinere mellem sygehus og almen praksis. Hver sygehusafdeling har en praksiskonsulent ansat.

De regionalt ansatte praksiskonsulenter deltager i udvalgene under Samordningsforum Fyn.

Grundaftale om deling af information om aktivitet, økonomi og kapacitet

Formål og organisering

For at sikre såvel sammenhæng for borgerne/patienterne i sundhedssektoren som en effektiv styring af kapacitet og ressourcer, er regionen og kommunerne forpligtigede til at samarbejde om overgangene mellem sektorerne. For at løse opgaven skal de to sektorer se hinanden som to dele af et sammenhængende system. Det betyder, at der er behov for at sikre en aktivitetsmæssig og økonomisk gennemsigtighed, hvilket kræver informationsdeling af forhold, der direkte eller indirekte har betydning for den anden sektors opgaveløsning og økonomi.

Kommunerne og Region Syddanmark forpligter sig som beskrevet i denne aftale til at levere data og andet relevant konkret materiale og oplysninger i forbindelse med opgaver og analyser, der faciliterer en hensigtsmæssig styring og kapacitet i de respektive sektorer.

Set i et fremadrettet perspektiv er det hensigten, at der i såvel kommunalt som regionalt regi så vidt muligt er klarhed over følgerne af udviklingen i sundhedsopgaverne og disses fordeling på sektorerne, og at væsentlige ændringer i opgavevaretagelsen sker på et tilstrækkelig oplyst grundlag.

Regionen og kommunerne sikrer en løbende og proaktiv dialog mellem sundhedsøkonomigruppen under kommunernes Sundhedsstrategiske Forum og relevante medarbejdere fra regionens stabe. Samarbejdet følges af Det Administrative Kontaktforum.

1. Udveksling af data om aktivitet - regionen

Region Syddanmark stiller i muligt omfang de nødvendige data om egen aktivitet og service mv. til rådighed for analyse- og planlægningsarbejde.

Den primære kilde for aktivitetsdata er E-sundhed, som stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen. Derudover stiller Region Syddanmark supplerende data til rådighed på både det somatiske og psykiatriske område via regionens hjemmeside i det såkaldte kommunale vindue. Det er hensigten at de supplerende data afgrænses til specifikke områder, eksempelvis genoptræningsplaner, genindlæggelser, overflytninger mellem sygehuse, hvor E-sundhed ikke giver mulighed for at trække data. For psykiatrien er der tale om aktivitetstal samt data på færdigbehandlede personer. Data vil så vidt muligt være generaliserbare og dermed til nytte for alle regionens kommuner.

På forebyggelsesområdet stiller regionen data fra sundhedsprofilen til rådighed for kommunens egne analyser, og som et led i rådgivningsfunktionen tilbyder regionen rådgivning om analyse, tolkning og anvendelse af data.

Prioritering og udvælgelse af de specifikke områder, hvor regionen stiller supplerende data til rådighed, sker i dialog mellem den kommunale sundhedsøkonomigruppe og regionen.

Jf. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2011 gives kommunerne adgang til data om forbrug af regionale sundhedsydelser på individniveau. Hensigten hermed er at optimere kommunernes mulighed for planlægning og evaluering af kommunernes sundhedsindsatser og at skabe øget sammenhæng mellem det regionale sundhedsvæsen og de kommunale sundheds- og plejeopgaver.

2. Udveksling af data om aktivitet – kommunerne

Kommunerne stiller i muligt omfang data til rådighed for regionen og sygehusene med henblik på analyse- og planlægningsarbejde.

Data kan f.eks. omhandle ydelser og serviceniveau inden for hjemmesygepleje, ventetid til genoptræning og vedligeholdelsestræning, hjælpemiddelområdet, forebyggelse og sundhedsfremme mv.

Relevante data vil endvidere vedrøre kapacitet og ventelister til plejeboliger, aflastningspladser og akutpladser mv.

Prioriteringen og udvælgelse af de specifikke områder, hvor kommunerne stiller supplerende data til rådighed sker i dialog mellem den kommunale sundhedsøkonomigruppe og regionen, respektive i de lokale samordningsfora.

3. Aktivitetsbestemt medfinansiering ved patientforløb

Målet med den aktivitetsbestemte medfinansiering er at give kommunerne incitament til at iværksætte forebyggende initiativer. Målet med informationsudvekslingen herom er at sætte fokus på den kommunale medfinansiering af de regionale opgaver, samt bidrage til at skabe gennemsigtighed i sundhedssektorens incitamentsstruktur.

Ved analyse af den aktivitetsbestemte medfinansiering skal der i fællesskab sikres relevant datagrundlag. Data skal være gennemsigtige og analyserbare.

Region Syddanmark udarbejder løbende en status på afregning af den kommunale medfinansiering på DRG og DAGS takster. Der orienteres særskilt om problemstillinger af enten registrerings- eller afregningsmæssig karakter, der kan have indflydelse på den kommunale medfinansiering.

4. Koordinering af kapacitet

Den myndighed der har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen i henhold til den opgavefordeling, der er fastlagt i sundhedsaftalen, sørger for den nødvendige kapacitet. Den umiddelbare varetagelse heraf påhviler vedkommende forvaltningsområde, institutionsledelse mv.

I et sammenhængende sundhedsvæsen er det imidlertid afgørende for kvaliteten af patientforløbene, at opgavevaretagelse og kapacitet er afstemt indbyrdes mellem praksis, sygehuse og kommuner. Samtidig er koordinering af kapacitet et krav til sundhedsaftalerne i bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Løbende koordinering af kapacitet er derfor en kerneopgave i samarbejdet mellem kommunen og sygehuset og forankres i de lokale samordningsfora, respektive de psykiatriske samordningsfora, jfr. sundhedsaftale om det organisatoriske samarbejde.

I denne forbindelse udveksles nærmere information om aktivitetsmønstret i henholdsvis sygehusregi og kommunalt regi. Sygehuset er forpligtet til at belyse og medvirke i en dialog med kommunerne om væsentlige ændringer i behandlingsaktiviteten i god tid, herunder samarbejde om afklaringen af de nærmere forudsætninger og konsekvenser, så kommunernes opfølgende indsats over for patienterne kan planlægges. Her sigtes f.eks. til omlægning fra indlagte til ambulante forløb, accelererede patientforløb, ændringer i patientstrømme og -sammensætning etc. Dette gælder såvel det somatiske som det psykiatriske område. Sygehusene kan i denne forbindelse støtte kommunerne med videndeling og kompetenceudvikling.

Kommunen er tilsvarende forpligtet til at belyse og indgå i dialog med sygehuset om væsentlige ændringer i struktur, kapacitet, serviceniveau og kvalitetsstandarder i forebyggende ydelser, sundhedsplejen, aflastningstilbud samt pleje- og genoptræningstilbud.

Koordineringsspørgsmål af principiel karakter samt større lokale dispositioner indgår i samordningsforums årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Opgaveoverdragelse

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse sygehusopgaver helt eller delvist kan varetages i kommunalt regi, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til, at varetage opgaverne på lavest effektive omkostningsniveau. I disse tilfælde flyttes opgaverne planlagt og aftalt, så proaktiv handling er mulig. Dette skal ske så ubureaukratisk og smidigt som muligt, med henblik på at parterne har tid til planlægning.

Forudsætningen herfor er:

- Dialog og inddragelse med henblik på fælles forståelse af fremtidig praksis og ressourcebehov på berørte områder, samt fælles forståelse for processen omkring opgaveoverdragelse, herunder et bredt ejerskab og motivation.
- Fastlæggelse af den kompetenceudvikling opgaveoverdragelsen fordrer, samt fyldestgørende kommunikation i implementeringsprocessen.
- Eventuelle konsekvensvurderinger som beskrevet i afsnit 7.

Forlagt sygehusbehandling

Når overdragelsen omfatter behandlingsopgaver under regionalt ansvar betegnes det forlagt sygehusbehandling. I det tilfælde indgås aftale om finansiering fra regionen, jfr. f.eks. sygehusbehandling i hjemmet (grundaftale om indlæggelse og udskrivning, pkt. 4.6).

5. Aktivitetsforudsætninger i den økonomiske planlægning

Regionen orienterer årligt kommunerne om de generelle forventninger til det kommende års udvikling i aktivitet og medfinansiering på sygehusområdet og praksisområdet. Emnet sættes på dagsorden i Det Administrative Kontaktforum i 1. kvartal hvert år som grundlag for en bred drøftelse af udviklingstendenser på sundhedsområdet. I den forbindelse kan også nye behandlingsteknologier, der afføder opgaver for region og kommuner, tages op til belysning.

Sygehusene orienterer kommunerne og samordningsfora om eventuelle forventede større aktivitetsændringer inden for relevante specialer eller afdelinger.

Kommunerne orienterer tilsvarende sygehusene om forventede ændringer i aktiviteter og service.

Der optages på både regionalt niveau og sygehusniveau efter behov dialog om aktivitetsudviklingen.

6. Sundhedsplanlægning

Struktur- og kapacitetsspørgsmål af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommunerne og Region Syddanmark inddrager og orienterer hinanden via høring. Større strukturændringer beskrives i regionens sundhedsplan og tilsvarende sektorplanlægning i kommunen. Sundhedsplanforslag forelægges Sundhedskoordinationsudvalget til høring, og udvalget kan sende planforslag i bredere høring.

Når der er tale om planlægning, der omfatter tværsektorielle opgaver, hvor der i opgaveløsningen er direkte og konkrete snitflader mellem kommunernes og regionens virke, inddrages de relevante samarbejdsparter i planlægningen af ændringerne.

7. Konsekvensvurderinger

For at øge gennemsigtigheden vedr. aktivitet og økonomi i samspillet mellem sektorerne vil Region Syddanmark og kommunerne arbejde med konsekvensvurderinger.

Formålet med konsekvensvurderinger er, at få øget viden om de sandsynlige konsekvenser for aktivitet og økonomi på tværs af sektorerne ved ændringer i opgavevaretagelsen, for derigennem at understøtte en samordnet udvikling af sundhedsvæsenet.

Ved udviklingen af relevante fælles metoder til konsekvensvurderinger af opgaveomlægninger lægges vægt på, at sådanne metoder formår at indfange såvel omkostninger som gevinster for kommuner og region af både direkte og indirekte art.

Der er i øjeblikket begrænset erfaring med sådanne vurderinger i regionen og kommunen, hvorfor der tages udgangspunkt i konsekvensvurdering af afgrænsede problemstillinger. Udvælgelse af og rammerne for sådanne analyser fastlægges af Det Administrative Kontaktforum under hensyntagen til administrativt ressourceforbrug i kommunerne og regionen/sygehuse.

Analyser af opgaveudviklingen kan gennemføres med inddragelse af sundhedstjenesteforskning.

8. Samarbejder med fælles ressourceindsats

Samarbejder med fælles ressourceindsats har til formål at understøtte sammenhængende forløb for borgerne/patienterne, kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Samarbejder med fælles ressourceindsats respekterer sundhedslovens opgave- og ansvarsfordeling, den økonomiske byrdefordeling og regionens og kommunernes respektive myndighedsansvar. Sådanne samarbejder kan etableres inden for rammerne af sundhedsaftalerne og under følgende forudsætninger:

- Det sandsynliggøres, at parterne på sigt profiterer af tilbuddet og/eller at borgeren/patienten opnår en prioriteret kvalitetsforbedring i forhold til sammenhæng i patientforløbet.
- Der foreligger klar aftale om tilbuddets indhold, opgaver, metode, proces, ansvarlige, ressourcer, økonomi og finansiering.
- For hvert initiativ indgås separat skriftlig aftale.

Regionen og kommunerne kan medvirke i sådanne samarbejder med anvendelse af personaleressourcer eller ved medfinansiering, når kommunen eller regionen udfører opgaver på den anden parts vegne.

Sundhedslovens § 239 har til formål at give regionen hjemmel til aftaler om hensigtsmæssige samarbejder i gråzoneområdet mellem sygehusopgaver og kommunale opgaver. Bestemmelsen kan understøtte hensynet til, at der efter fælles aftale sker en fleksibel og hensigtsmæssig udvikling af opgavevaretagelsen mellem region og kommuner.

På dette grundlag kan konkrete aftaler om samarbejder med fælles ressourceindsats behandles i regi af de specifikke/fællesspecifikke sundhedsaftaler.

9. Opfølgning

De lokale samordningsfora, hhv. psykiatriske samordningsfora, vurderer løbende

- om udvekslingen af data og aktivitetsforudsætninger mellem sygehus og kommuner fungerer efter hensigten,
- om den fornødne koordinering af kapacitet har kunnet sikres og
- om de ønskede og relevante konsekvensvurderinger på lokalt niveau har kunnet tilvejebringes.

Samordningsforas vurdering indgår i den årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget. Det Administrative Kontaktforum foretager tilsvarende vurderinger vedrørende opfølgning på regionalt niveau.

Sygehusspecifikke aftaler mellem de fynske kommuner og OUH Odense Universitetshospital og OUH Svendborg Sygehus

Udvalg om dokumentation og analyser i relation til sundhedsøkonomi

Samordningsforum Fyn nedsætter et udvalg ad hoc, der har til opgave at analysere og følge den kommunale aktivitetsbaserede medfinansiering, samt udarbejde konsekvensberegninger i forbindelse med eventuelle opgaveoverdragelser mellem sektorerne samt udarbejde andre relevante sundhedsøkonomiske analyser. Samordningsforum Fyn er opgavestiller.

Grundaftale om tværsektoriel anvendelse af IT, telemedicin og velfærdsteknologier

1. Målsætning for anvendelsen af tværsektoriel it, telemedicin og velfærdsteknologier i Region Syddanmark

Anvendelsen af tværsektoriel it og velfærdsteknologier skal målrettet, effektivt og omkostningsbevidst understøtte visionen om det sammenhængende patient/borgerforløb ved at:

- Sikre at relevante data om borgeren/patienten er tilgængelige hos de rigtige parter på rette tid og sted på tværs af institutioner og sektorer
- Understøtte de administrative opgaver, så sundhedspersonalet har bedre tid til behandling og pleje
- Understøtte kvaliteten i behandling og pleje
- Styrke patientens mulighed for at blive en aktiv part i behandlingen og at tage vare på egen sundhed og behandling
- Forebygge genindlæggelser og sygehusbehandling

2. Nye målsætninger på baggrund af gode resultater

Med it-strategien for tværsektoriel sundhedskommunikation, som er indskrevet i sundhedsaftalerne 2008, blev etableret et digitalt fællesskab mellem kommuner, sygehuse og lægepraksis. Det har bl.a. bevirket, at

- Data kan genbruges på tværs af sektorerne.
- Kommunikation og information mellem hjemmepleje og sygehusafdeling foregår primært elektronisk.
- Genoptræningsplaner sendes elektronisk.
- Fødselsanmeldelser kan sendes elektronisk.
- Praktiserende læger kan kommunikere elektronisk med kommunen.
- Der er opbygget et elektronisk informationssystem (VisInfoSyd).
- De juridiske forhold vedrørende videregivelse af patientoplysninger er afklaret.
- Patientoplysninger i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af borgere/patienter leveres og dokumenteres hurtigt, sikkert og effektivt.

It-strategien er for hovedparten gennemført. De områder, som udestår, har højeste prioritet i aftaleperioden 2011-2014.

Med afsæt i den kommende, reviderede nationale digitaliseringsstrategi med tilhørende handlingsprogram for 2011-2014 iværksættes i Region Syddanmark det fornødne udrednings- og udviklingsarbejde, således der stedse er sikret sammenhæng mellem de nationale, regionale og lokale digitaliseringsstrategier med særligt fokus på at skabe sammenhæng på tværs af sektorerne.

Grundaftalen om anvendelse af tværsektoriel it, telemedicin og velfærdsteknologier skal bidrage til en fortsat visionær og proaktiv udvikling af digitaliseringen og anvendelse af velfærdsteknologi omfattende samtlige centrale aktører: De 22 kommuner, regionens sygehuse samt lægepraksis.

Aftalen bygger således på den ene side videre på allerede opnåede resultater, og på den anden side sætter den en række pejlemærker for de kommende år til gavn for borgerne og sundhedsområdets aktører.

Grundaftalen er udarbejdet med det formål, at den målrettet søger at understøtte de øvrige aftaleområder.

3. Principper og forudsætninger

Det digitale fællesskab mellem kommune, sygehus og praksis skal fortsat udbygges og således understøtte de nye aftaler om samarbejde, som indgås i forbindelse med sundhedsaftalerne 2011-2014.

I nedenstående beskrives forskellige principper og forudsætninger for denne udbygning.

3.1 Forskellige teknologier til forskellige behov

Der er behov for forskellige typer af it-understøttelse af det sammenhængende patientforløb:

- Den meddelelsesbaserede kommunikation mellem it-systemer er helt basal. Her overdrages data og behandlingsansvar
- Opslagsløsninger, hvor data stilles til rådighed for opslag fra andre behandlere
- Fælles journaler med journalinformationer, som er fælles for alle sundhedsprofessionelle uanset sektor
- Telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger, som giver mulighed for behandling på afstand - evt. i patientens eget hjem, involvering af patienten i egen behandling og dermed understøttelse af patientens mulighed for egenomsorg.

Det er det faglige samarbejde og behovet for it-understøttelse, der er bestemmende for, hvilke it-løsninger der konkret tages i anvendelse.

Parterne vil arbejde for, at data kun registreres én gang uanset hvor i sundhedssektoren, data opstår. Data skal genbruges – også på tværs af sektorer – og dobbeltregistrering skal undgås.

3.2 Anvendelse af nationale it-standarder

Alle aktører anvender som princip og hovedmålsætning nationale it-standarder. De it-systemer, der anvendes i sundhedssektoren i Region Syddanmark, anvendes også i resten af Danmark. Det er derfor vigtigt at få afstemt ønsker til nye funktioner med øvrige sygehuse, kommuner og lægepraksis, så der ikke skal udvikles specielle funktioner alene til brug i Syddanmark. Elektronisk kommunikation baseres på MedComs kommunikationsstandarder.

Deltagelse i nationale projekter og initiativer

Nationale initiativer med udbredelse af tværsektoriel it-anvendelse koordineres i fællesskab og udbredelse understøttes. MedCom igangsætter sin syvende projektperiode 2010, hvor der bl.a. lægges stor vægt på, at de øvrige regioner og kommuner i Danmark skal etablere elektronisk kommunikation på samme niveau som Region Syddanmark.

Også Digital Sundhed og sundhed.dk har oplæg til projekter på det tværsektorielle område, herunder det fælles medicinkort og indførelse af et nationalt patientindeks på sundhed.dk.

3.3 Nytteværdi og effekt som forudsætning for udbredelse

Gennemførelse af fælles it-projekter skal ske med udgangspunkt i følgende proces:

- Gennemførelse af pilotprojekt/spydspidsprojekt, hvor teknologi og organisation afprøves.
- Pilotprojektet evalueres og konsekvensvurderes, fx med udgangspunkt i MTV-metoden. Mulige gevinster og omkostninger estimeres, herunder især omfanget af eventuel opgaveflytning mellem aktører/sektorer samt ændringer i kvalitet og service.
- Udbredelse besluttet af relevante organer på grundlag af evaluering, konsekvensvurdering og indstilling.
- Udbredelsesprojekter søges principielt etableret som fælles projekter hos alle relevante parter.

It-projekterne implementeres med fokus på både teknisk og organisatorisk implementering. Teknisk implementering omfatter udvikling og tilretning af anvendte it-systemer, mens organisatorisk implementering omfatter ibrugtagning af nye it-funktioner og dermed ændring af ledelse, arbejdsgange og procedurer samt uddannelse og kompetenceudvikling.

3.4 Prioritering

Den basale og meddelelsesbaserede kommunikation mellem parterne prioriteres fortsat højest. Også projekter, der er udbredelsesklare, prioriteres. Desuden igangsættes forsøgsprojekter og analyseprojekter på øvrige områder. Disse projekter rammesættes i de specifikke sundhedsaftaler.

4. Handlingsplan

Følgende områder udpeges til generel udbredelse i hele regionen med deltagelse af alle parter:

- Gennemførelse af 3. fase af sygehus-hjemmepleje-projektet og projektet vedr. elektronisk genoptræningsplan, hvor MedCom-standarder tages i anvendelse i alle it-systemerne og afløser kommunikation af forløbsplan, rapporter og genoptræningsplan i korrespondanceformat. Herved opnås, at data kommunikerer på struktureret form og kan genbruges i it-systemerne.
- Udbredelse af korrespondance-kommunikation mellem kommunen og lægepraksis, således at alle læger og alle kommuner kommunikerer via den elektroniske korrespondance. Fordelen herved er at kommunikationen dokumenteres automatisk i journalsystemerne hos begge parter. Ventetid ved telefonen undgås.
- Implementering af elektronisk henvisning fra lægepraksis til kommunale forebyggelsestilbud. Lægepraksis sender elektronisk henvisning til kommunerne. Kommunerne sender elektronisk kvittering og status til lægepraksis. Dette forudsætter, at alle kommuner anskaffer it-systemer til brug i forebyggelsesarbejdet, og at MedCom-standarderne implementeres. Herved opnås, at data kommunikerer digitalt og kan genbruges i modtagerens it-system. Hurtig kommunikation direkte til modtageren.
- Udbredelse af telemedicinsk sårbehandling. Regionens sygehuse tilbyder telemedicinsk understøttet sårbehandling som et samarbejde med den kommunale sårsygeplejerske. Teknologien muliggør, at patienten kan i højere grad behandles i eget hjem.
- Anvendelse af elektronisk kommunikation til understøttelse af samarbejdet om gravide og nyfødte, herunder elektronisk forsendelse af fødselsanmeldelser.
- Udarbejdelse af strategi og udmøntningsplan for elektronisk kommunikation på psykiatriområdet som del af den samlede it-strategi.

5. Perspektiver

Etablering af innovative udviklingsprojekter inden for anvendelse af velfærdsteknologiske teknologier vil være et fælles satsningsområde.

Velfærdsteknologi og tværsektorielt samarbejde indtænkes bl.a. i etablering af de nye sygehuse i regionen.

Den stigende anvendelse af nye velfærdsteknologiske værktøjer og redskaber som telemedicin vil give nye muligheder for tværsektorielt samarbejde og opgavedeling.

Det er hensigten i aftaleperioden at afprøve velfærdsteknologiske pilotprojekter, der kan understøtte sundhedsaftalens forskellige indsatsområder og samarbejdet og dialogen mellem parterne. Beslutning om pilotprojekter forelægges Det Administrative Kontaktforum.

6. Organisering af it-samarbejdet

Det Administrative Kontaktforum har det overordnede ansvar for at monitorere og rapportere om gennemførelse af de aftalte planer for it-gennemførelse inden for de specifikke aftaleområder.

Med henblik på at sikre ensartet implementering og lokal forankring nedsættes der for hvert af projektområderne implementeringsgrupper sammensat af repræsentanter fra alle involverede parter. Hver part er ansvarlig for oprettelse af egen implementeringsfunktion samt udpegning af lokal repræsentant til den fælles implementeringsgruppe.

Det fælles it-sekretariat har til opgave – i et tæt samspil med øvrige it- og planlægningsafdelinger – at revidere og videreudvikle den regionale tværsektorielle digitaliseringsstrategi med tilhørende handleplaner for 2011-2014, herunder især varetage opgaven med at understøtte den tekniske og organisatoriske implementering hos alle parter i aftaleperioden.

Dette gælder særligt fælles tidsplan, fælles møder i implementeringsgrupperne, fælles initiativer f.eks. overfor leverandører, fejlfinding og teknisk test, formidling, herunder statusrapportering til Det Administrative Kontaktforum, afholdelse af temamøder, etablering af netværk mv.

7. Økonomiske konsekvenser

Hver organisation er principiel ansvarlig for egen it-anvendelse og udvikling af egne it-systemer. Udvikling af it-systemerne til at kunne håndtere elektronisk kommunikation afholdes således af egen organisation. Det er derfor vigtigt, at der redegøres for de økonomiske konsekvenser af de enkelte implementeringsprojekter som en del af beslutningsgrundlaget.

Grundaftale om indsats for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark

1. Formål

Aftalens formål er:

- At understøtte sammenhængende forløb for personer med kronisk sygdom, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. For at opfylde dette formål skal aftalen medvirke til at sikre en entydig arbejdsdeling mellem region, praksissektor og kommune samt koordinering af indsatsen i forhold til den enkelte person.
- At bidrage til, at kronisk syge borgere gennem bedre forebyggelse, behandling, rehabilitering, pleje m.v. opnår større livskvalitet.
- At indsatsen skal imødekomme det fortsat stigende pres, som sundhedsvæsenet og socialsektoren oplever ved i højere grad at bidrage til, at der sker en tidlig opsporing, at der tilbydes forebyggende tiltag, at patienterne udøver egenomsorg m.v.

Indsatsen på kronikerområdet vil kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til.

2. Arbejdsdeling

Omdrejningspunktet for personer med kronisk sygdom er alment praktiserende læge, der fungerer som tovholder i behandlingsforløbet i en udvidet og proaktiv rolle. Både kommuner og sygehuse koordinerer hver især deres opgaver i forhold til kronisk syge personer, ikke mindst i forhold til personer med ringe egenomsorgsevne.

Kommuner og region lægger følgende principper til grund for arbejdsdelingen:

- *Alment praktiserende læge* varetager rollen som tovholder i behandlingsforløbet for personer med kronisk sygdom, hvilket bl.a. betyder, at lægen foretager tidlig opsporing, udredning af og information til patienten, henviser til specialiseret udredning på sygehus eller hos praktiserende speciallæge, udarbejder Patientens Plan, henviser til etablerede kommunale tilbud samt foretager opfølgende kontroller. Lægen kan trække på specialistrådgivning i forbindelse med egen udredning og kan henvise til specialiseret udredning ved sygehusambulatorier eller praktiserende speciallæge. Derudover vil lægen i øget omfang kunne trække på og uddelegere opgaver til praksispersonale.
- *Kommunen* varetager inden for eget serviceniveau støtte-, pleje- og omsorgstilbud, patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud samt forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Kommunen medvirker til opsporing af risikoadfærd i forhold til kronisk sygdom. Dette sker som led i de øvrige kommunale opgaver på bl.a. ældre-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. For patienter med ringe egenomsorgsevne yder kommunen en særlig indsats, bl.a. ved at bistå praktiserende læge i udarbejdelse af behandlingsplan og gennem koordinering af kommunale ydelser.
- *Sygehusene* varetager specialiseret udredning, behandling og opfølgning, herunder specialiseret genoptræning og kan rådgive almen praksis og kommunerne. Sygehusene tilbyder specialiseret sygdomsspecifik patientundervisning samt opfølgning i forhold til patienter med komplekse sygdomsbilleder. Sygehusene er i samarbejde med kommuner og almen praksis initiativtagende i udbredelsen af metoder til selvmonitorering og egenbehandling, bl.a. ved hjælp af telemedicin.

- Derudover tilbyder sygehusene specialiseret rådgivning til praktiserende læger og praksispersonale med kronikeransvar, ligesom sygehusene etablerer tilbud om ambulante planlagte udredningsforløb med kort varsel.

Herudover ligger der et medansvar hos den enkelte patient til at udøve egenomsorg og aktivt tage del i egen behandling. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på social ulighed i sundhed og det forhold, at ikke alle har lige gode forudsætninger for at udøve egenomsorg. Levevilkår kan spænde ben for, at nogle patienter er i stand til at varetage egenomsorg på en ordentlig måde.

Understøttelse af almen praksis' funktion

Region Syddanmark og de praktiserende læger vil indgå aftaler, der understøtter arbejdet med patienter med kronisk sygdom i almen praksis, og herunder eventuelt udvikle og afprøve nye honoreringsformer (§2-aftaler).

Som et led i regeringens kvalitetsreform har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udmøntet 590 mio. kr. på landsplan til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i 2010-2012. Region Syddanmark er blevet tildelt ca. 14. mio. kr. i perioden 2010-2012 til at finansiere en række projekter indenfor arbejdet med kronikeromsorg i almen praksis. Flere af disse projekter omhandler udvikling og yderligere implementering af tovholderrollen i almen praksis.

I forløbsprogrammerne understreges den praktiserende læges tovholderrolle i flere sammenhænge og i forbindelse med formidlingsindsatsen af disse programmer, vil der blive tilrettelagt en række undervisningsdage for både praktiserende læger og deres personale, hvor både arbejdsdeling, organisering og herunder også tovholderrollen vil blive centrale temaer. Derudover omhandler et andet projekt en massiv formidlingsindsats af de fire forløbsprogrammer i forhold til almen praksis. Der vil således løbende indtil udgangen af 2012 blive fokuseret på og arbejdet med den alment praktiserende læges rolle som tovholder i forhold til de kronisk syge patienter.

3. Stratificering

De tre aktører – kommuner, almen praksis og sygehuse – involveres i patientforløbet i den udstrækning, der er behov for det, og hvor deres indsats hver især er mest påkrævet. Stratificering bruges som et dynamisk redskab til at allokere grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, opfølgning m.v., herunder ikke mindst den særligt sårbare gruppe af patienter. Stratificeringen anfægter ikke Sundhedsstyrelsens kronikerpyramide, der udelukkende vedrører sygdomsintensitet og behandlingsprincipper.

Når det gælder patientforløbets tilrettelæggelse og koordinering arbejdes som udgangspunkt med fire patientkategorier, hvor patientens egenomsorgsevne samt sygdommens kompleksitet er medbestemmende for indplacering.

Region Syddanmark iværksætter som et led i den forstærkede indsats for personer med kronisk sygdom en undersøgelse af egenomsorgsbegrebet for at kunne udvikle og kvalificere arbejdet med egenomsorg. Undersøgelsen sker i relation til patientuddannelse, men erfaringer herfra forventes at kunne bidrage med input til, hvordan vurderingen af egenomsorgskapaciteten kan udvikles i relation til stratificeringen af personer med kronisk sygdom.

I. Patienter med - Enkel sygdom - God egenomsorgsevne → patient + egen læge	II. Patienter med - Komplex sygdom - God egenomsorgsevne → patient + egen læge + sygehuskoordination
III. Patienter med - Enkel sygdom - Ringe egenomsorgsevne → patient + egen læge + kommunal koordination	IV. Særligt sårbare patienter med - Komplex sygdom - Ringe egenomsorgsevne → patient + egen læge + kommunal- og sygehuskoordination, afhængig af forløbet

Figuren illustrerer de fire stratificeringskategorier, som der arbejdes med og hvilke roller parterne har i forhold til koordinering af patientforløbet.

Ansvar for stratificering ligger som hovedregel hos den læge, der har den primære kontakt til patienten og kan undtagelsesvis foregå på sygehuset. Kommunen vil kunne blive inddraget i opgaven.

Stratificering er ikke endelig, idet såvel sygdommens kompleksitet som patientens evne til egenomsorg kan ændre sig over tid. Hertil kommer, at det for de sundhedsprofessionelle i nogle situationer kan være vanskeligt at vurdere, hvor en patient hører hjemme. Af og til vil dette først vise sig, efter at behandlingsforløbet er gået i gang. Stratificeringen bør på den baggrund finde sted mindst én gang årligt, og tovholderen for behandlingen har ansvaret for opdateringen af stratificeringen.

4. Koordinering

Kommunen koordinerer sin indsats for patienter med ringe egenomsorgsevne. Denne opgave omfatter dels at koordinere ydelser fra kommunens forskellige sektorer, dels at planlægge og koordinere borgerens deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud. Det er op til den enkelte kommune at vurdere, om koordineringsopgaverne kræver oprettelse af en særlig forløbskoordinatorfunktion, eller om opgaverne skal integreres i eksisterende personalefunktioner.

Sygehuset koordinerer sin indsats for patienter med kompleks sygdom. Denne opgave omfatter dels at koordinere det specialiserede udredningsforløb efter henvisning fra almen praksis, dels at koordinere i forhold til interne aktiviteter på sygehuset, herunder ambulante kontrolforløb. Det er op til det enkelte sygehus at vurdere, om opgaverne skal varetages gennem eksisterende personkontaktdninger, eller om opgaverne kræver oprettelse af en ny funktion som forløbskoordinator eller tilsvarende.

I forbindelse med udrednings- og behandlingsforløb i sygehuse koordineres indsatsen mellem sektorer og fagpersoner herudover i overensstemmelse med de regionale samarbejdsaftaler for henholdsvis det somatiske og psykiatriske område.

I patientforløbsprogrammer er fokus på organiseringen af patientforløbene samt opgave- og rollefordeling mellem de deltagende aktører (se afsnit 5). Et patientforløbsprogram er således den overordnede ramme for de mere detaljerede retningslinjer for den sundhedsfaglige indsats på sygehuse, i almen praksis og

kommuner. Målet er bl.a. at sikre bedre sammenhæng og koordinering mellem de enkelte tiltag i den samlede indsats og dermed bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet.

Information og kommunikation

Patientens Plan er en handlingsplan, som udarbejdes i et samarbejde mellem den praktiserende læge og patienten med en kronisk sygdom i løbet af konsultationen. Lægen tager i forbindelse med udfyldelsen af Patientens Plan bl.a. udgangspunkt i patientens egenomsorgsevne og opstiller i samarbejde med patienten nogle realistiske målsætninger og fokusområder for patienten i perioden mellem konsultationerne hos lægen samt aftaler om statusintervaller. Endvidere er det forhåbningen, at Patientens Plan vil kunne hentes frem og redigeres i forbindelse med alle patientens kontakter med sundhedsvæsenet.

For at understøtte denne funktion hos den praktiserende læge er der i forbindelse med ansøgningerne til ministeriets pulje vedr. en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom ansøgt om og bevilliget midler til at udvikle Patientens Plan både i forhold til det indholdsmæssige og til den nødvendige it-understøttelse.

Kommunen er ansvarlig for information af patient og pårørende om forløb og ydelser i det kommunale regi. Kommunen sikrer endvidere, at den nødvendige information i forbindelse med de enkelte ydelser gives af vedkommende kontaktpersoner i hjemmepleje, på træningscenter mv.

Sygehuset informerer patient og pårørende om forløb og ydelser i sygehusregi i forbindelse med patientens kontakt med sygehuset. Sygehuset skal også sørge for, at relevant information bliver videreformidlet – internt og eksternt.

I forbindelse med udredning og behandling på sygehus foregår kommunikation mellem fagpersonerne samt information til og dialog med patienten herudover i overensstemmelse med de regionale samarbejdsaftaler om henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område.

5. Patientforløbsprogrammer

Der er udarbejdet tværsektorielle patientforløbsprogrammer for hjerte, diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse samt rygområdet. Patientforløbsprogrammerne er udviklet i et samarbejde mellem kommunerne og regionen og er afsat for udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, herunder bedste praksis, kvalitetsudvikling og dokumentation.

Forløbsprogrammerne er udarbejdet på grundlag af kronikerstrategien ”Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark”.

Programmerne udgør parternes anbefaling for udvikling af samarbejdet lokalt mellem almen praksis, kommuner og sygehuse.

Implementeringen af de enkelte patientforløbsprogrammer koordineres mellem det enkelte sygehus og kommuner samt praksis i de lokale samordningsfora. De konkrete tværfaglige og tværsektorielle kronikerforløb og rehabiliteringsindsatser aftales således i de lokale samordningsfora som kommunespecifikke eller fællesspecifikke aktiviteter og er indarbejdet i de specifikke sundhedsaftaler for perioden 2011-14. De lokale samordningsfora skal som del af den årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget beskrive de aftaler og initiativer der er indgået som led i implementeringen af patientforløbsprogrammerne.

Udviklingen af samarbejdet vil i årene 2010-12 blive understøttet gennem Region Syddanmarks og kommunernes udmøntning af regeringens puljer til styrkelse af indsatsen for den kroniske patient i form af en

række samarbejds- og udviklingsprojekter, herunder eksempelvis fælles kompetenceudvikling, samarbejde om forløbskoordination, udviklingsprojekter i almen praksis m.v.

Forløbsprogrammerne tages op igen medio 2011 på baggrund af de indgåede sundhedsaftaler for 2011-14, bidrag fra begrebsafklaring på nationalt niveau samt erfaringer fra midtvejsevaluering af puljeprojekterne.

6. Implementering

Implementeringen af patientforløbsprogrammer og øvrige indsatser vedr. kronisk sygdom vil på det politiske niveau blive fulgt af Sundhedskoordinationsudvalget. På administrativt niveau har Det Administrative Kontaktforum en koordinerende rolle. Og lokalt sker implementeringen i De Lokale Samordningsfora.

Implementeringen understøttes ved udvikling og gennemførelsen af en række model- og samarbejdsprojekter i region og kommuner finansieret af regeringens puljer til styrkelse af indsatsen for personer med kronisk sygdom. Det drejer sig bl.a. om:

- Organisationsudvikling i almen praksis, herunder videreudvikling af tovholderrollen, den proaktive læge/praksis samt Patientens Plan
- Udvikling af modeller for forløbskoordinerende funktioner
- Fælles kompetenceudvikling på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse
- Udvikling af fælles kronikerjournal samt it-understøttelse af en række øvrige projekter
- Udvikling af kommunalt koncept for gruppebaseret patientuddannelse.
- Udviklingen af en guide for arbejdet med egenomsorg.

Projekterne løber over en 3-årig periode fra 2010 – 2012. Erfaringerne fra projekterne formidles løbende, og det forventes, at projektresultaterne kan bruges i den fremtidige indsats for personer med kronisk sygdom.

Sygehusspecifikke aftaler mellem de fynske kommuner og OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus

I erkendelse af at Regionernes Takstnævn endnu ikke har opnået en aftale med PLO vedr. honorering af almen praksis for medvirken i det tværsektorielle samarbejde – herunder patientforløbsprogrammerne, forslås det, at der arbejdes med implementering af patientforløbsprogrammerne for kronisk syge i to trin. Første trin er en aftale mellem sygehus og kommune - næste trin er en fuld udrulning, hvor almen praksis får den centrale rolle den var tiltænkt. Dermed udsættes arbejdet med Patientens Plan og stratificering til andet trin. Nærværende aftale omfatter trin et.

Patientforløb

Det Administrative Kontaktforum i Syddanmark har godkendt patientforløbsprogrammer for områderne KOL, hjerte og diabetes II som anbefaling for udvikling af samarbejdet lokalt ml. almen praksis, kommuner og sygehuse.

Med baggrund i patientforløbsprogrammerne varetager kommuner, almen praksis og OUH følgende opgaver i patientforløbene i forhold til borgere, der har været indlagt:

	OUH	Kommune	Almen praksis
Patientundervisning	Indledende motivation og samtale inden udskrivelse. Undervisning i sygdomsforståelse og behandling.	Støtte til sygdomsforståelse, understøtte patientens handlekompetence Gruppebaseret, samt gennem visiterede ydelser (sygepleje, hjemmepleje).	Patientinformation. Individuel. Henvisning til kommunalt tilbud.
Rygestop	Indledende information og motivation. Indledning af evt. farmakologisk behandling *).	Gruppebaseret rygestoptilbud.	Individuelt rygestoptilbud. Afslutning af evt. farmakologisk behandling.
Alkohol	Indledende information og motivation.	Tilbud om alkoholbehandling.	Henvisning til kommunalt tilbud.
Kost	Individuel ernæringsscreening og evt. diætetisk opfølgning. Indledende information og motivation.	Kostvejledning. Gruppebaseret, samt gennem visiterede ydelser (sygepleje, hjemmepleje).	Henvisning til kommunalt tilbud. Evt. henvisning til diætist Evt. individuel kostvejledning
Fysisk træning	Indledende information og motivation. Superviseret træning.	1. Fysisk træning i forbindelse med patientuddannelse/patientforløb 2. Ved funktionstab, er der tale om genoptræning, og sygehuset sender en genoptræningsplan til kommunen. 3. Opfølgende og fastholdelse eks via vedligeholdelsestræning efter	Henvisning til kommunalt tilbud Evt. henvisning til privat fysioterapi

		serviceloven Evt. opfølgende gruppebaseret tilbud/vedligeholdelsestræning.	
Psykosocial støtte	Samtaler med patient og evt. pårørende.	Kommunal sagsbehandler. Netværksdannelse lokalt	Samtaler med patient og evt. pårørende. Evt. henvisning til psykolog Evt. henvisning til kommunal sagsbehandler.
Medicinsk behandling	Fastlæggelse og igangsætning af medicinsk behandling. Vejledning i medicinanvendelse og selvmonitorering.	Støtte til vejledningen gennem visiterede ydelser (sygepleje, hjemmepleje).	Fastlæggelse og igangsætning af medicinsk behandling.
Kontrol og opfølgning	Kontrol. Opfølgning efter individuel faglig vurdering.		Kontrol. Opfølgning efter individuel faglig vurdering.

*) På grundlag af den kommende MTV-rapport afklarer det lokale samordningsforum kriterier for evt. tilbud om individuelt rygestop i sygehusregi, herunder målgruppe, behandlingsforløb og opfølgning.

Det skal afklares hvordan sygehuset og almen praksis kan henvise til fysisk træning i forbindelse med patientuddannelse – uden at henvisningen kategoriseres som en genoptræningsplan.

Patientforløbene tiltrædes differentieret af kommunerne:

Som minimum sørger kommunen for at råde over de ovenstående ydelser i skemaet. Dertil kan indgås aftale om, at kommunen tiltræder forløbsprogrammerne som fremgår af bilag B.

Det nærmere indhold af elementerne vil være et udviklingsarbejde i aftaleperioden.

OUH forpligter sig til at medvirke i at oplære de kommunale medarbejdere, som indgår i patientforløbsprogrammerne på kronikerområdet. Denne oplæring ventes afviklet som led i udmøntning af kronikermidlerne i Region Syddanmark.

OUH udpeger en programkoordinator (diseasemanager) ved hver behandlingsenhed (Odense og Svendborg), som vil være kontaktperson til kommunerne vedr. det specifikke program (KOL/hjerte/Diabetes II). Det forventes at der etableres et tværsektorielt netværk omkring hvert af patientforløbsprogrammerne. Kommunen udpeger en programkoordinator der indgår i netværket for hvert af patientforløbsprogrammerne.

OUH redegør for de ydelser, der har dokumenteret grundlag for effekt i patientuddannelsen ved de respektive programmer. Parterne leverer som minimum de angivne ydelser, når man tilslutter sig et patientforløbsprogram.

OUH følger i samarbejde med kommunerne kvaliteten i patientuddannelsen – både på sygehuset og i kommunerne. I første omgang ved strukturmål, siden ved proces- og resultatmål.

Lokale forløbsprogrammer for KOL, hjerte og diabetes II mellem de fynske kommuner og OUH indgår som Bilag B. En oversigt over kommuner som forventer at deltage fremgår af bilag D.

Kommunespecifik aftale for Odense Kommune

Samarbejde om udvikling af indsatsen for personer med kronisk sygdom

Odense Kommune, Region Syddanmark og OUH samarbejder om udviklingen af indsatsen for personer med kronisk sygdom med udgangspunkt i grundaftalen, de sygehusspecifikke og kommunespecifikke aftaler på området for 2011-14.

Grundlag

Samarbejdet tager afsæt i anbefalingerne i de udsendte forløbsprogrammer for kronisk hjertesygdom, KOL og diabetes type 2. I aftaleperioden indledes tillige samarbejde med afsæt i forløbsprogrammet for rygområdet. Forløbsprogrammerne indgår som bilag til denne sundhedsaftale.

Implementering

Odense Kommune vil i aftaleperioden arbejde med implementeringen af forløbsprogrammer gennem følgende initiativer:

- Patientrettet forebyggelse via KRAM tilbud til borgere med KOL, Diabetes 2 og hjerte-kar sygdomme. Indhold defineres af forløbsbeskrivelser, aftalt med OUH i bilag B. Nærmere information om de kommunale tilbud vil fremgå af VIS info syd.
- Udviklingstiltag blandt andet i samarbejde med OUH.
- Forløbskoordinations projekt med støtte fra regeringens pulje til styrkelse af indsatsen for personer med kronisk sygdom.
- Udpegning af programkoordinator der indgår i netværk for hvert af forløbsprogrammerne.
- Diabetesskole for særligt udsatte etniske minoriteter.
- Initiativer, via Sundhedscenter Vollsmose målrettet socialt udsatte, herunder etniske minoriteter.

Samarbejdet, mellem kommunen og OUH om implementeringen af forløbsprogrammerne for personer med kronisk sygdom, sker i regi af det lokale samordningsforum og er beskrevet i de sygehusspecifikke og kommunespecifikke aftaler mellem OUH og Odense Kommune.

Region Syddanmark understøtter, i aftaleperioden, implementeringen gennem udvikling og understøttelse af opgaverne i almen praksis, gennem udvikling og harmonisering af sygehusenes opgaver og tilbud samt gennem rådgivning og udviklingsprojekter på forebyggelsesområdet.

Projekter til styrkelse af indsatsen for personer med kronisk sygdom

Odense Kommune gennemfører i perioden 2010-12 projekt vedr. forløbskoordinationsenhed i Odense Kommune, med støtte fra regeringens pulje til styrkelse af indsatsen for personer med kronisk sygdom. Projekterne forventes at bidrage med

- a. at fremme effektive forløb, ved sikring af klar opgavedeling mellem det regionale sygehusvæsen, almen praksis og Odense Kommune for borgere med en kronisk sygdom, herunder implementering af tværsektorielle forløbsprogrammer.
- b. at fremme effektive forløb, herunder effektiv koordinering og behandling af borgere, hvor der i dag ses koordinationsproblemer fx borgere med samtidig forekomst af forskellige kroniske sygdomme, alder, dårligt socialt netværk eller behandlingsbehov.

Region Syddanmark understøtter udviklingen af den kommunale indsats gennem en bred vifte af projekter med støtte fra regeringspuljen, som beskrevet i grundaftalens punkt 6, herunder projekter i samarbejde med OUH.

Odense Kommune deltager i den forbindelse i følgende projekt(er):

- Patientuddannelse på tværs af diagnoser
- Tværsektoriel kompetenceudvikling
- Forløbskoordination for patienter med KOL
- Egenomsorg som led i patientuddannelse

Patientrettet forebyggelse

Odense Kommune råder aktuelt over tilbud om patientrettet forebyggelse og rehabilitering til følgende patientgrupper med kronisk sygdom: Diabetes 2, KOL og Hjerte-kar sygdomme. Kommunen forventer – med forbehold for de bevillingsmæssige muligheder – i aftaleperioden at etablere tilbud til borgere med rygproblemer, jfr. forløbsprogrammet.

Region Syddanmark tilbyder rådgivning til kommunerne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, som beskrevet i grundaftalen, om forebyggelse og sundhedsfremme, afsnit 6. Patientrettet forebyggelse er et særligt prioriteret tema i rådgivningstilbuddet, ligesom tværkommunale udviklings- og forskningsprojekter er et prioriteret element i rådgivningen.

Odense Kommune og OUH samarbejder om at sikre kvalitet, helhed og kontinuitet i forløbene for de enkelte patienter, herunder også i den forebyggende og rehabiliterende indsats, i overensstemmelse med grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme.

Samarbejde med almen praksis

Region Syddanmark og kommunen samarbejder om en aktiv formidling af forløbsprogrammerne og udmøntning til de alment praktiserende læger i kommunen. Kommunen samarbejder med de alment praktiserende læger om at sikre at patienter med behov for en opfølgende indsats kan henvises til kommunen.

Arbejdsdeling i forhold til kronikerforløb.

Som udgangspunkt for beskrivelsen af arbejdsdelingen er benyttet stratificeringsmodellen i Kronikerstrategien samt forløbsprogrammerne for Diabetes, KOL og Hjerte området i Region Syddanmark. Arbejdsdelingen for Diabetes, KOL og Hjerte området findes i de Sygehusspecifikke aftaler mellem fynske kommuner og OUH bilag B

Odense kommune medvirker i den lokale implementering af de 3 regionale patientforløbsprogrammer for henholdsvis kronisk hjertesygdom, for voksne patienter med type 2 diabetes og for KOL.

Henvisning fra praktiserende læge til patientrettet forebyggelse i Odense Kommune

AP benytter blanket om socialmedicinsk behandling (LÆ 165)

AP kan henvise patienter med ringe egenomsorgsevne til

- gruppebaseret patientrettet forebyggelse, herunder kostvejledning og fysisk træning,
- gruppebaseret rygestop
- har der været funktionstab henvises til genoptræning efter serviceloven
- ved behov for forebyggende tiltag via hjemmepleje og sygepleje efter sædvanlige henvisningsprocedurer

Kommunale tilbud og henvisningsprocedurer vil fremgå af Vis info Syd

Patientuddannelse på tværs af diagnoser

Odense Kommune indgår i forsknings- og udviklingsprojektet "Patientuddannelse på tværs af diagnoser". Formålet med projektet er at udvikle et implementerbart koncept for kommunal patientuddannelse på tværs af diagnoserne KOL, type 2-diabetes og kronisk hjertesygdom med dokumenterede effekter, der:

- øger deltagernes livskvalitet og egenomsorgsevne
- er baseret på afprøvede pædagogiske metoder
- fremmer en lige adgang til sundhed også for mindre ressourcestærke borger
- medvirker til en effektiv, koordineret og sammenhængende patientuddannelsesindsats på tværs af sektorer

Projektet løber i tre faser og gennemføres i perioden 2010-2012.

Projektet har deltagelse af tre andre syddanske kommuner samt Steno Diabetes Center, Komiteen for Sundhedsoplysning, Dansk Sundhedsinstitut og Region Syddanmark. Projektet er en del af den forstærkede indsats for personer med kronisk sygdom og er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Egenomsorg som led i patientuddannelse

Odense Kommune indgår i udviklingsprojektet Egenomsorg som led i patientuddannelse. Projektet har til formål at undersøge, udvikle og kvalificere arbejdet med egenomsorg som led i patientuddannelser – på tværs af organisatoriske og metodemæssige forankringer. Projektet gennemføres i perioden 2010 – 2011.

Viden og erfaringer fra projektet formidles i en guide til egenomsorg som præsenteres både lokalt og nationalt med henblik på implementering af erfaringerne.

Grundaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

1. Mål og principper for indlæggelse og udskrivning på det somatiske område

Målet med sundhedsaftalen om indlæggelses- og udskrivningsforløb er at sikre sammenhængende patientforløb imellem sundhedsvæsenets sektorer i Region Syddanmark og dermed opnå højere kvalitet i og patienttilfredshed med sundhedsvæsenets ydelser. Borgeren skal opleve sammenhæng i forløbet allerede fra hjemmet, hvor den praktiserende læge kontaktes, over diagnostik og behandling på sygehuset til borgeren er tilbage i hjemmet igen med opfølgende behovsvurderet indsats. Udgangspunktet er en faglig vurdering af den enkeltes behov.

Sundhedsaftalen skal styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og sygehusene om den enkelte patient og dennes forløb gennem systemet, og sikre dialog og koordinering parterne imellem og med størst mulig inddragelse af patient og pårørende.

Sundhedsaftalen er konkret udmøntet i en række samarbejdsaftaler, jfr. nedenfor.

Indsatsen afpasses efter behovet - LEON-princippet

Af hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse bygger sundhedsaftalen på LEON-princippet, som indebærer at behandlingen altid skal tilbydes på det Laveste Effektive OmkostningsNiveau. Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau end, hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt. Sundhedsaftalen lægger op til, at dette hensyn spiller ind i alle dele af patientforløbet.

I denne sammenhæng betyder LEON-princippet også, at koordineringen sektorerne imellem bør afstemmes efter det enkelte patientforløbs problemstillinger og kompleksitet, således at enkle forløb kan håndteres ved enkel elektronisk korrespondance, mens komplekse forløb kræver mere kommunikation, f.eks. i form af udskrivningsmøder eller anden dialog.

Udskrivningen begynder ved indlæggelsen

Som afslutning på sygehusbehandling skal der sikres en koordineret udskrivning, der sikrer patienten en tryk tilbagevenden til hjemmet og forebygger genindlæggelser. Dette forudsætter, at sygehuset forbereder patient og evt. pårørende på udskrivningen, forbereder alment praktiserende læge på opfølgning og efterbehandling samt forbereder kommunen på den nødvendige kommunale indsats for en sikker modtagelse af borgeren/patienten i hjemmet.

Kommunikationen mellem sygehus og kommune indledes allerede ved indlæggelsen, og udstrækkes til at omfatte planlægningen af udskrivningsforløbet. Samarbejdsaftalerne sikrer, at kommunen ved de relevante patientforløb er løbende opdateret om ændringer i forløbet, herunder især om de krav, det enkelte forløb vil stille til den kommunale indsats efter udskrivningen. Herved kan kommunerne sikre tilrettelæggelsen af modtagelsen af borgeren.

For patienter, der modtager eller skal modtage ydelser efter sundhedsloven eller serviceloven, skal enhver udskrivning fra sygehus være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen.

Parterne er enige om at udskrivning efter endt sygehusbehandling skal ske tidligst muligt under hensyn til patientens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i patientforløbet.

Færdigbehandlingstidspunktet afgøres af den ansvarlige sygehuslæge på grundlag af behandlingsforløbet og patientens tilstand og funktionsevne. Udskrivningstidspunktet besluttet i dialog mellem sygehuset og kommunen på grundlag af forløbet, patientens tilstand og funktionsevne samt kommunens forberedelse af modtagelsen i hjemmet eller evt. anden foranstaltning.

Målet med dialogen gennem hele forløbet er i flest mulige forløb at opnå sammenfald mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt³.

Borgeren inddrages og sikres tryghed i forløbet

Borgeren og dennes nærmeste skal inddrages i størst muligt omfang i tilrettelæggelsen af forløbet. Inddragelse skal ske i en dialog, hvor borgeren kan give udtryk for sine holdninger og hvor der så vidt muligt tages hensyn til borgerens ønsker. Opstår der behov for ændringer skal kommunen og borgeren straks informeres.

Efter sygehusophold skal borgeren ydes den fornødne støtte og vejledning i at vende tilbage til tilværelsen i eget hjem.

Det personale, der modtager en patient i sygehuset eller borgeren i hjemmet, skal være velforberedt i mødet med den pågældende. Det betyder, at begge parter har pligt til at kommunikere fyldestgørende om formål og indhold i den aktuelle del af forløbet.

2. Opgavefordeling i forhold til forebyggelige indlæggelser

Regionen har ansvaret for rammerne for virksomheden i regionens almene lægepraksis og understøtter gennem landsoverenskomst og lokale aftaler lægernes opsøgende og forebyggende arbejde over for personer i risikogrupper samt tidlig opsporing af tilstande der ubehandlede kan føre til sygehusindlæggelse.

Kommunen har ansvaret for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til kommunens borgere og for den forebyggende indsats for patienter, der ikke foregår i tilknytning til behandlingen i det regionale sundhedsvæsen. Kommunen medvirker til opsporing af risikoadfærd med henblik på at forebygge tilstande, der kan føre til behov for sygehusindlæggelse. Dette sker som led i de øvrige kommunale opgaver på bl.a. ældre-, sundheds- og beskæftigelsesområdet.

Regionen har ansvaret for vagtlægeordningen, mens kommunen har ansvaret for hjemme- og sygepleje i såvel dagtid som aften og nat. Begge parter iværksætter tiltag, der understøtter kommunikation og samarbejde mellem almen praksis / vagtlæger og den kommunale hjemme- og sygepleje ved akut sygdom og skader, med henblik på at tilbyde patienten den fagligt korrekte og forsvarlige indsats på det laveste omkostningsniveau.

Regionen har ansvaret for sygehusdriften og understøtter tiltag, der kan sikre trygge og hensigtsmæssige patientforløb, når specialiseret undersøgelse og behandling er påkrævet. Regionen iværksætter og viderefører initiativer, hvor det specialiserede sundhedsvæsen understøtter varetagelsen af patienter i primærsektoren, f.eks. gennem speciallægerådgivning, fleksible udredningstilbud, telemedicinsk overvågning mv.

³ Kommunerne skal i henhold til sundhedslovens § 238 betale en dagstakst for færdigbehandlede stationære patienter på Region Syddanmarks offentlige sygehuse. Antallet af færdigbehandlede dage beregnes i Landspatientregisteret som datoen for patientens sygehusudskrivning fratrukket datoen for den seneste registrering af procedurekoden AWA1.

Almen lægepraksis har ansvaret for behandling af borgere, hvis tilstand ikke kræver sygehusets ekspertise og udstyr, og kommunen har ansvaret for pleje og ambulant genoptræning af borgere efter sundhedslovens og servicelovens rammer. Lægepraksis og kommune samarbejder om opgavevaretagelsen.

Sygehus og kommune har tilsammen ansvaret for at sikre kommunikation og samarbejde om udskrivning af patienter, således at der sikres koordination og sammenhæng i forløbet og utilsigtede genindlæggelser forebygges. Der henvises til den regionale samarbejdsaftale om udskrivning og indlæggelse på det somatiske område SAM:BO.

Almen praksis og kommunen har ansvaret for den fornødne opfølgning i forhold til patienter, der har været behandlet på sygehus eller i speciallægepraksis, og hvor videre kontrol, efterbehandling, pleje og rehabilitering er påkrævet. Almen praksis og kommunen inddrager hinanden i samarbejdet efter behov. Der henvises til den regionale samarbejdsaftale SAM:BO.

Det er de lokale samordningsforas opgave at udmønte ovenstående principper i samarbejde mellem almen praksis/vagtlæger, kommuner og sygehus.

3. Samarbejdsaftale om borger/patientforløb SAM:BO

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet en *Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)*. Samarbejdsaftalen udgør en del af nærværende sundhedsaftale og indgår som bilag til denne.

Samarbejdsaftalen gælder for alle almindeligt forekommende typer af somatiske patientforløb for såvel voksne som børn på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, uanset diagnose. SAM:BO beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbets overgange mellem sektorerne.

For en række patientgrupper gælder – udover samarbejdsaftalen - særlige krav til samarbejde og koordinering, som findes i særskilte beskrivelser.

3.1 Hovedpunkter i samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalens aftalemæssige kerne består af 5 skematiske borger/patient-forløb, der fastlægger kommunikation og samarbejde ved:

- Indsatsen før ambulant behandling eller indlæggelse
- Ambulante patientforløb
- Behandlingsforløb under 24 timer, herunder forløb i fælles akutmodtagelser
- Behandlingsforløb længere end 24 timer
- Indsatsen efter udskrivning

Det enkelte sygehus kan ifølge samarbejdsaftalen aftale med den enkelte kommune, at proceduren vedr. behandlingsforløb under 24 timer kan anvendes ved indlæggelser af op til 2 døgn varighed.

Til samarbejdsaftalen knytter der sig beskrivelser af en række nøglebegreber i aftalen, som ligeledes indgår som del af nærværende sundhedsaftale.

Til samarbejdsaftalen knytter sig endvidere notat af 2. december 2008: Retningslinjer for fælles udskrivningsplanlægning, som omfatter:

- Værdigrundlaget for samarbejdet om udskrivning
- Retningslinjer for dialogen om udskrivning
- Implementering af den fælles udskrivningsplanlægning.

Notatet udgør et fortolkningsgrundlag for sundhedsaftalen om udskrivningsforløb.

3.2 Fælles akutmodtagelse

I aftaleperioden etableres fælles akutmodtagelser (FAM) på 5 sygehusmatrikler i Region Syddanmark. I fremtiden vil akutte patienter ankomme til sygehuset via FAM som er akutsygehusets indgang for akutte patienter.

I FAM iværksættes undersøgelse og behandling og patienten opholder sig kun den nødvendige tid i FAM. Patienter skal dog først afgives fra FAM, når der er videregivet tilstrækkeligt med informationer til udredning, behandling eller pleje, så patienten efter FAM er sikret et sammenhængende patientforløb.

Når diagnosen er stillet og behandlingsplan er lagt i FAM, kan patienten:

- videresendes til operation eller relevant stamafdeling,
- indlægges på FAMs sengeafsnit hvis udskrivelsen kan forventes inden for 24-48 timer
- udskrives fra FAM umiddelbart.

Udskrivelse fra FAM kan ske når patienten vurderes som færdigbehandlet i sygehusregi.

Kommunikation og samarbejde i forbindelse med udskrivelse fra FAM sker i henhold til SAM:BO. Der udarbejdes et særskilt borger/patientforløb i SAM:BO, der fastlægger samarbejde og kommunikation ved udskrivelse fra FAM, jfr. pkt. 3.5.

3.3 Private og foreningsdrevne sygehuse

Når Region Syddanmark indgår aftaler om behandlinger og undersøgelser hos private og foreningsdrevne sygehuse m.v., så er det indarbejdet i kontrakten at samarbejdsaftalen følges. Dvs. patienter, der er omfattet af det frie sygehusvalg (DUF) eller af de kontrakter regionen har indgået om køb af konkrete behandlinger, er omfattet af regionens samarbejdsaftale med kommunerne. Det gælder såvel genoptræning, hjælpemidler, praktisk bistand, personlig pleje og øvrige spørgsmål i forbindelse med hjemsendelse. Patienter, der er selvbetalere eller sundhedsforsikrede, er ikke omfattet af Region Syddanmarks kontrakter med private sygehuse mv. om at følge samarbejdsaftalerne (på det somatiske og psykiatriske område) med kommunerne.

Kontrakten tager udgangspunkt i den nationale standardkontrakt mellem danske regioner og private sygehuse. I denne kontrakt forpligter sygehusene sig til at følge de sundhedsaftaler, der bliver indgået med kommunerne. Blandt andet fremgår det, at leverandøren inden for rimelig tid efter endt behandling skal fremsende et udskrivningsbrev (epikrise) til patientens praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehus behandling, såfremt patienten ikke modsætter sig dette.

3.4 It-understøttelse af samarbejde og dialog ved indlæggelses- og udskrivningsforløb

For at understøtte samarbejdsaftalens (SAM:BO) krav om dialog og samarbejde igennem indlæggelses- og udskrivningsforløbet, er der etableret elektronisk kommunikation mellem sygehusene og kommunernes hjemme- og sygepleje.

Implementering af elektronisk kommunikation mellem sygehusene og hjemme- og sygeplejen udbygges med implementering af de nye og opdaterede MedCom-standarder i de anvendte it-systemer i kommunerne og på sygehusene, så kommunikationen kan foregå på struktureret niveau.

Sygehusafdelinger vil i løbet af aftaleperioden kunne tilbyde videostøttede udskrivningskonferencer. Udskrivningskonferencer via videokonference giver mulighed for at parter kan mødes til konference på trods af lange afstande og det kommunale plejepersonale kan spare transporttid. Nærmere aftaler herom indgår i de specifikke aftaler.

For at understøtte samarbejdet mellem kommunen og den praktiserende læge anvendes den elektroniske korrespondancemeddelelse som afløser for telefonopkald og papirbaseret kommunikation. I aftaleperioden sikres, at alle kommuner og lægepraksis begynder at tage den elektroniske kommunikationsform i anvendelse.

For at understøtte samarbejdet og dialogen mellem kommunen og apoteket udbredes anvendelsen af den elektroniske korrespondancemeddelelse.

3.5. Nedsættelse af følgegruppe for den regionale samarbejdsaftale SAM:BO

Til opfølgning, vedligeholdelse og udvikling af den regionale samarbejdsaftale SAM:BO nedsættes en følgegruppe med faglige og administrative repræsentanter for kommuner og sygehuse samt repræsentation fra almen praksis. Følgegruppen refererer til Det Administrative Kontaktforum.

Følgegruppen har bl.a. til opgave:

- at initiere og indsamle de lokale samordningsforas evalueringer af samarbejdet,
- at foreslå retningslinjer for den løbende monitorering af samarbejdsaftalen,
- at rådgive i fortolkningsspørgsmål,
- at foreslå revisioner og justeringer af SAM:BO over for Det Administrative Kontaktforum,
- at koordinere udviklingen af samarbejdet med udviklingen inden for den digitale sundhedskommunikation i regionen.

Følgegruppen får til opgave at udarbejde et borger-/patientforløb i SAM:BO, der fastlægger samarbejde og kommunikation ved udskrivelse fra FAM, jfr. pkt. 3.2.

Følgegruppen får endvidere til opgave at udarbejde et særskilt SAM:BO-forløb for børn med fokus især på de kommunikationsmæssige forhold, jfr. pkt. 4.3., og på samarbejdet om børn med habiliteringsbehov.

4. Samarbejdet om gravide og nyfødte – fødeplanen

4.1 Formål

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for Svangreomsorgen*, 2009, er der udarbejdet en regional Fødeplan. Den regionale Fødeplan for Region Syddanmark er rammen for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem primærsektor og sekundærsektor. Samarbejdet sektorerne imellem skal medvirke til at sikre et trygt og sammenhængende patientforløb for den gravide, fødende og i barselsperioden, hvor mor og barn samt kvindens partner/familie får et så godt forløb som muligt fra den tidlige graviditet over fødsel og barsel. Fokus for Fødeplanen er helhedsorienteret tilgang, koordinering og samarbejde sektorerne imellem gennem hele forløbet for kvinden, barnet og kvindens partner/familie.

4.2 Opgavefordeling

En væsentlig del af opgaven inden for svangreomsorgen ligger hos den alment praktiserende læge som iværksætter opstarten af samarbejdet omkring kvinden med de øvrige samarbejdspartnere. Jordemoderen er den gennemgående person i forløbet gennem kvindens graviditet og fødsel. Praktiserende læge og jordemoderen er ansvarlige for, at inddrage andre relevante samarbejdspartnere. Vigtige undersøgelser for kvinden og barnet ligger i sygehusregi, hvor fødslen som oftest også foregår. Herefter følger kommunen med sundhedsplejetilbud til familien. Kommunen kan - alt efter kvindens/familiens situation - være de første til at have kontakt med kvinden/familien f.eks. via sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag eller af sociale årsager.

4.3 Kommunikation

På grund af fysisk adskilte placeringer af de mange forskellige fagpersoner er der behov for veletablerede kommunikationsveje og metoder til at sikre kommunikation, koordination og kontinuitet.

Svangerskabs- og vandrejournal er et vigtigt meddelelsesblad til udveksling af information og til kommunikation og koordinering faggrupperne imellem. Den autoriserede version bør benyttes, således at kvinden altid har den opdaterede journal.

Fødselsanmeldelsen sendes fra fødeafdeling til den kommunale sundhedspleje. Fra enkelte sygehuse kan den sendes elektronisk til sundhedsplejen, hvorved der automatisk oprettes en journal på barnet. Regionen arbejder på at tage den elektroniske forsendelse af fødselsanmeldelsen i anvendelsen på de øvrige fødesteder i regionen.

Så vidt muligt anvendes allerede eksisterende elektroniske meddelelsesformer som: korrespondancemeddelelse, henvisning, ambulantnotat, epikrise med videre, til at understøtte kommunikationen mellem jordemoder, fødested, praktiserende læge og sundhedspleje. Hvor dette ikke er teknisk muligt, anvendes information pr. post i form af autoriserede blanketter og i akutte / særlige tilfælde vil telefonisk kontakt være nødvendigt.

Anvendelse af elektronisk kommunikation mellem parterne afhænger af, om it-baserede journalsystemer er i anvendelse hos de parter, der skal kommunikere. Desuden er det en forudsætning, at der findes nationale standarder for kommunikationen. Der findes på nuværende tidspunkt ikke standarder for at udveksle svangerskabs- og vandrejournalen.

4.4 Samarbejde

Fødeplanens aftalemæssige kerne består af patient-/borgerforløb, der fastlægger den tværsektorielle kommunikationen og samarbejdet ved graviditets- og fødselsforløb, herunder

- Ambulante fødsler
- Fødsler med efterfølgende ophold i barselsafsnit
- Nyfødte med særlige behov
- Gravide med særlige behov
- Familieambulatorie patienter, herunder gravide med misbrugsproblemer og deres børn

Ambulante fødsler

Region Syddanmark indfører som hovedregel ambulante fødsler, såvel for første- som flergangsfødende med et normalt forløb. Dette suppleres med et udbygget tilbud i barselsperioden i form af barselsklinikker, hvor man kan henvende sig døgnet rundt efter behov i op til syv dage efter hjemkomsten. I 2010 foregår ca. en tredjedel af fødslerne ambulant – med ændringen vil det være cirka halvdelen af alle fødsler.

En ambulant fødsel indebærer, at såfremt graviditet og fødsel forløber normalt, og mor og barn er sunde og raske, udskrives familien inden for 24 timer efter fødslen til barselhvile i eget hjem. Der vil være en løbende dialog med den nybagte familie, og ingen som vurderes at have behov for indlæggelse bliver udskrevet tidligt. Kvinden/familien får en tid til ambulant opfølgning i barselklinikken, og kontaktes telefonisk af en jordemoder fra fødestedet efter hjemkomsten. Ved behov aflægger jordemoderen besøg i hjemmet.

Kvinder og nyfødte børn med behov for indlæggelse, herunder på grund af medicinske, sociale og/eller psykologiske forhold, skal på baggrund af faglig vurdering tilbydes indlæggelse på barselsafsnit. Efter udskrivelse kan familien benytte sig af barselsklinikens tilbud frem til 7 dage efter hjemkomsten, uanset om sundhedsplejersken allerede har aflagt besøg i hjemmet. Efter 7 dagen overgår ansvaret for familien til den primære sundhedstjeneste det vil sige sundhedsplejersken og den praktiserende læge.

Fødestedets personale varetager således det sundhedsfaglige tilbud til forældre med henblik på at understøtte det nyfødte barns og moderens trivsel i de første dage efter fødslen.

Såfremt familien udskrives fra fødestedet med særlige behov for støtte og rådgivning, tilbyder den kommunale sundhedstjeneste efter henvisning fra fødestedet besøg i henhold til bekendtgørelse nr. 1183 af 28/11/2006 § 11.

Ved problemer af ikke sundhedsplejefaglig karakter i barselsperioden henviser sundhedsplejersken så tidligt som muligt til jordemoder, praktiserende læge, obstetiker, socialforvaltning eller andre relevante samarbejdspartnere.

Nyfødte med særlige behov

Ved nyfødte med særlige behov forstås bl.a.:

- for tidligt fødte
- syge nyfødte
- misdannelser/handicap
- komplicerede fødsels- og barselsforløb

Den obstetriske afdeling / børneafdelingen orienterer den kommunale sundhedstjeneste så tidligt som muligt under indlæggelsen således, at kommunen kan følge barnets udvikling for eventuelt at iværksætte supplerende foranstaltninger efter udskrivning.

Gravide med særlige behov

Kommunernes sundhedspleje har i samarbejde med regionens jordemodercentre etableret rådgivning og samarbejde om gruppen af gravide med særlige behov. Ud over denne indsats inddrages anden relevant kommunal bistand ved behov.

Ved gravide med særlige behov forstås bl.a.:

- gravide med psykologiske / psykiatriske problemstillinger (afhængig af belastningsgraden af nedenstående vil de også kunne høre hjemme i Familieambulatoriet)
- gravide med sociale problemstillinger af enten økonomiske eller familiær karakter (afhængig af belastningsgraden af nedenstående vil de også kunne høre hjemme i Familieambulatoriet)
- udsatte kvinder med anden etnisk baggrund end dansk

Familieambulatoriepatienter

Familieambulatoriet i Region Syddanmark varetager opgaverne i forhold til følgende to målgrupper:

- Målgruppe – gravide med rusmiddelproblemer og deres børn op til 7 år

Der igangsættes en øget indsats over for gravide med og børn af familier med rusmiddelproblemer.

Her tænkes på

- Gravide med misbrug af rusmidler, alkohol og/eller medicin samt gravide i substitutionsbehandling.
- Gravide, der har været afhængige af rusmidler, alkohol eller medicin inden for de sidste par år før graviditeten.
- Børn i alderen 0-7 år, som i fostertilværelsen har været udsat for rusmidler, eller formodes at have været det. Børn kan henvises i hele aldersperioden.

- Målgruppe – særlig belastede gravide

Familieambulatoriets tværfaglige og tværsektorielle interventionsmodel varetager endvidere indsatsen i forhold til særlig belastede gravide som:

- Gravide med alvorlige psykiske lidelser
- Gravide udviklingshæmmede

- Gravide med svære psykosociale problemstillinger.

Familieambulatorier

Kommunen har myndighed til at tage stilling til eventuelle kommunale indsatser over for særligt udsatte familier og deres børn. Familieambulatoriet er et supplement til den kommunale indsats og varetager den koordinerende, vejledende og informerende opgave samt den sundhedsfaglige indsats omkring målgruppen.

Der arbejdes efter en helhedsorienteret tilgang, som tager udgangspunkt i at forebyggelse og behandling skal iværksættes tidligt og intensivt. Dette gælder ikke kun i forhold til rusmiddelforbrug, men også i forhold til kvinden og hendes families samlede livssituation samt helbredstilstand. Dette kræver vedholdende og koordinerende interventioner, hvor mange parter og instanser inddrages på tværs af sektorer med den gravide og familien i centrum.

De kommunale – og øvrige relevante instanser – indgår i samarbejdet, herunder ved deltagelse i de koordinerende møder og ved udarbejdelse af behandlingsplan for den gravide og familien. Kommunen tilrettelægger og visiterer til egen indsats.

Behandlingsplanen skal omfatte en socialfaglig og en sundhedsfaglig anbefaling for indsatsen i graviditeten, i forbindelse med fødslen, umiddelbart efter fødslen, samt indsatsen overfor barnet. Planen skal være udfærdiget senest 10 uger før fødselstermin.

Børn født af kvinder med risikoforbrug af alkohol og/eller andre rusmidler i graviditeten følges i de lokale familieambulatorier frem til 7. leveår – uanset om de bor hos deres forældre, hos en plejefamilie eller er anbragt i døgninstitution.

Der indgås en samarbejdsaftale mellem kommunerne, almen praksis og sygehusene i Region Syddanmark om grundlag, roller og ansvar for de forskellige sektorer i forbindelse med den planlægning og intervention der foregår i familieambulatoriet. Samarbejdsaftalens grundlag og ansvarsfordeling skal gennem information og dialog medvirke til at sikre en samlet sundheds- og socialfaglig indsats overfor mor/forældre og barn i hele forløbet.

4.5 Følgegruppe til Fødeplanen

Med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger nedsætter Region Syddanmark en permanent følgegruppe til fødeplanen. Følgegruppen vil bestå af fagfolk og ledelsesrepræsentanter fra både region og kommuner og skal blandt andet:

- følge implementeringen af fødeplanen
- fastlægge prioriterede indsatsområder
- varetage koordinering på tværs af regionen og sektorer
- forestå monitorering af fødeplanen
- bidrage til løbende evaluering og kvalitetsudvikling
- udarbejde informationsmateriale til den gravide familie om regionens og kommunernes tilbud
- igangsætte de fremadrettede opgaver og aktiviteter
- ajourføre og udvikle svangreomsorgen i regionen

5. Samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet aftale om *Tværsektorielt samarbejde om alvorligt syge og døende patienter i Region Syddanmark*. Samarbejdsaftalen udgør en del af nærværende sundhedsaftale og indgår som bilag til denne.

Samarbejdsaftalen gælder for patientforløb på tværs af sektorerne i Region Syddanmark for alvorligt syge og døende patienter med forventet kort levetid. Samarbejdsaftalen beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbenes overgange mellem sektorerne.

5.1 Hovedpunkter i samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalens aftalemæssige kerne består af 6 borger/patient-forløb, der fastlægger kommunikation og samarbejde ved:

- Iværksættelse af palliativ indsats – alment praktiserende læge og kommune
- Iværksættelse af palliativt forløb – udskrivning fra sygehusafdeling
- Palliativ indsats i eget hjem – basisforløb
- Palliativ indsats på sygehuset
- Det palliative team, specialiseret indsats
- Hospice, specialiseret indsats

Samarbejdsaftalen indarbejdes som en selvstændig del af den regionale samarbejdsaftale SAM:BO.

6. Samarbejde om sygehusbehandling af patienter i eget hjem

Region Syddanmark og kommunerne i regionen ønsker at støtte op om hjælp til patienter/borgere, som er færdigbehandlet på sygehuset, og hvor den videre livsnødvendige behandling kan etableres i eget hjem efter patientens ønske. Dette gælder også for patienter, der under indlæggelse eller anden kontakt med sygehuset har svært ved at klare sig selv.

Det drejer sig om at skabe størst mulig livskvalitet for den enkelte patient og dennes pårørende og bedst mulig ressourceudnyttelse i begge sektorer. Der indgås derfor samarbejdsaftaler mellem kommunerne og sygehusene i Region Syddanmark om patienter/borgere, der modtager behandling, pleje og omsorg i eget hjem samt vedrørende patienter, som har behov for støtte ved hjælp. Aftalerne dækker følgende områder:

- Respiratorbehandling (se bilag)
- Peritoneal-dialyse (se bilag)
- Ledsagelse

Samarbejdsaftalerne vedrørende respiratorbehandling og p-dialyse skal sikre klare forhold om opgave- og ansvarsfordeling for behandling, pleje og omsorg i patientens/borgerens eget hjem. Samarbejdsaftalen vedr. ledsagelse skal sikre, at patienten får den nødvendige støtte ved hjælp under indlæggelse og ambulante besøg. Patientforløbene er komplekse, og der bør derfor udvises fleksibilitet samarbejdsparterne imellem, således at patienten oplever indsatsen som værende tryk og sikker. Opgavevaretagelsen forudsætter kvalitet, kontinuitet, koordination og høj faglighed i forløbet, hvilket samarbejdsparterne er ansvarlige for. Patientforløbet bør tilrettelægges således, at færrest mulige personer involveres i den nære indsats omkring patienten/borgeren. Det er af afgørende betydning, at personalet besidder de rette kompetencer og den nødvendige indsigt i patientens behov og situation.

Ved udskrivelse til eget hjem skal principperne for SAM:BO følges. Tidligt i indlæggelsesforløbet og i planlægningen af udskrivelsen skal der være særlig opmærksomhed på behov for iværksættelse af boligændringer.

7. Tværsektorielt samarbejde på lægemiddelområdet

Mange patientforløb involverer ordination og anvendelse af medicin. For at sikre gode patientforløb med høj patientsikkerhed og rationel farmakoterapi er der behov for tværsektorielt samarbejde på lægemiddelområdet.

7.1 Det regionale lægemiddelråd

Det regionale lægemiddelråd er den formelle, organisatoriske ramme for samarbejdet på lægemiddelområdet. Rådet har repræsentanter fra sygehuse (somatik og psykiatri), almen praksis, kommuner, sygehusapoteker og apoteker i primærsektoren. Rådet bidrager til det tværsektorielle samarbejde.

Basislisten - en fælles liste over anbefalet medicin

Lægemiddelrådet har udarbejdet en fælles liste over medicin, som anvendes til basisbehandling både i primærsektoren og på sygehusene. Dette er med til at øge patientsikkerheden ved sektorskift.

Dosispakket medicin

Lægemiddelrådet udarbejder en vejledning i håndtering af patienter med maskinelt dosispakket medicin i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Vejledningen bruges i dokumentskabeloner for retningslinier/instrukser på sygehusene og sikrer samtidig en klar opgavefordeling mellem kommune, sygehus og almen praksis.

7.2 Opdatering af medicinoversigt for hver borger/patient

Flere behandlere er ofte involveret i lægemiddelbehandlingen for den enkelte patient. Det gælder især ved sektorskift. Derfor er sygehuset forpligtet til ved indlæggelse og udskrivning at arbejde med medicinafstemning, dvs. sammenligning og opdatering af forskellige, tilgængelige medicinlister ved indlæggelse og udskrivning. Medicinoplysninger indgår i de praktiserende lægers henvisninger, kommunernes indlæggelsesrapporter og sygehusenes epikriser og udskrivningsrapporter.

Når det fælles elektroniske medicinkort (FMK) bliver tilgængeligt for alle parter bliver det muligt at få en fælles, opdateret oversigt over den enkelte patients medicinordinationer, som samtidig vil være et godt udgangspunkt for at foretage en medicingennemgang.

7.3 Medicingennemgang: Vurdering af den samlede lægemiddelbehandling

Mange borgere behandles med flere forskellige lægemidler, dels fordi nogle sygdomme indebærer flerstofbehandling, dels fordi den enkelte borger har mere end én sygdom.

Enhver læge er formelt ansvarlig for egne ordinationer, herunder også at vurdere den samlede lægemiddelbehandling, når lægen aktuelt skal ordinere et lægemiddel til en given patient. Den alment praktiserende læge forventes at fungere som tovholder ved komplekse patientforløb og patienter med kroniske sygdomme. Lægerne understøttes i opgaven, bl.a. ved at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis for perioden 2010-2013 har medicingennemgang/polyfarmacitiltag som prioriteret indsatsområde under temaet "Kronikerområdet/det samarbejdende sundhedsvæsen". Samarbejdsudvalget for almen praksis samt regionens særlige udvalg vedr. praksisområdet og kommunesamarbejde har besluttet, at regionens lægemiddelteam skal komme med forslag til indsatser som opfølgning på projektet om samarbejde om medicingennemgang, der blev gennemført i tre kommuner (Afrapporteret på møde i særligt udvalg vedr. praksisområdet og kommunesamarbejde den 25. maj 2010. <http://www.regionsyddanmark.dk/wm318768>.)

Regionen tager initiativ til at understøtte almen praksis i at varetage tovholderrollen på medicinområdet. Landsoverenskomsten for almen praksis giver lægerne mulighed for at få honorar for medicingennemgang, når det foregår i forbindelse med opsøgende hjemmebesøg. Regionen kan også være med til at formidle samarbejde mellem almen praksis og andre parter, der er involveret i ordination og medicinering, fx apotek, hjemmepleje og sygehus.

Sygehusspecifikke aftaler mellem de fynske kommuner og OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus

Samarbejde

Der forventes en fortsat udvikling af SAM:BO og at udvalget indgår i videreudvikling af SAM:BO.

Formidling af særlige behov vedr. ernæring

Med henblik på at fremme sundhed og understøtte patientbehandlingen gennemfører OUH ernæringsscreening af patienterne ved indlæggelse. Når sygehuset har iværksat ernæringsbehandling, formidles patientens ernæringsstatus, diætplan og evt. behov for diætistbehandling i udskrivningsrapporten.

Patientidentifikation

Uledsagede borgere, som ikke er i stand til at svare for sig selv, og som indlægges fra plejehjem eller tilsvarende bosteder med personale i døgndækning, får efter samtykke påsat ID-armbånd inden transport til sygehus af en person der kender patienten. Hvis påsat ID armbånd ikke er muligt sikres borgeren ledsagelse af en person, der kan identificere borgeren.⁴ Aftaleparterne er forpligtigede til at have retningslinjer på området, bl.a. for sikring af patientens identitet ved påsætning af identitetsarmbånd.

Samarbejde vedr. børn

Børn er omfattet af SAM:BO aftalen. OUH og kommunerne tager fat på implementering af SAM:BO på børneområdet. Der med sættes en ad hoc gruppe til dette. Gruppen skal i den kommende periode arbejde på at finde den bedste kommunikationsvej tværsektorielt, når der er tale om opfølgning af behandlingsforløb for børn.

Der skal udarbejdes en samarbejdsaftale bl.a. om elektronisk overførsler af informationer til sundhedstjenesten, om udskrivningsprocedure og opfølgning i forhold til for tidligt fødte børn.

Hjemmebesøg

"Aftale vedr. Hjemmebesøg" indgået mellem OUH og de fynske kommuner er gældende, med justeringer. Aftalen indgår som Bilag C.

Medicin

Udvalget vedr. ind- og udskrivning udarbejder retningslinier for håndtering af dosisdispenseret medicin på baggrund af det regionale oplæg der ventes i efteråret 2010.

Medicin ved udskrivelse fra FAM:

Ved udskrivelsen sikres det, at medicin der er ordineret i forbindelse med behandlingen på FAM, er til rådighed til en ubrudt behandling. Det betyder at patienten har medicinen med eller at det er sikret, at patienten har medicin til rådighed til en nyiværksat behandling indtil patienten selv kan tilvejebringe medicinen.

Kvalitetsmonitorering og opfølgning

Udvalget vedr. indlæggelses- og udskrivningsforløb følger løbende op på de nævnte forhold og afrapporterer til Samordningsforum Fyn.

Monitoreringsoversigt og generel opfølgning på kapacitet drøftes på Samordningsforum Fyns møder. For eksempel diskuteres:

- Indlagte færdigbehandlede patiente

⁴ Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring af forvekslinger i sundhedsvæsenet 1998. En ny vejledning er varslet for 2009, men er ikke publiceret endnu. Det afgørende er, at den, som evt. påsætter et armbånd, kender den person der er tale om. Det gælder også såfremt borgeren/patienten ledsages - ledsageren skal kende den ledsagede.

- Genoptræning og ventetid
- Belægning på specielt de medicinske afsnit
- Kommunal ventetid på plejecenter
- Omlægning i den kommunale sygepleje
- Genindlæggelser
- Ortopædkirurgiske operationer
- Hjemmebesøg varetaget af sygehuset

Journalaudit i forhold til uhensigtsmæssige indlæggelser

I Det lokale Samordningsforum er det aftalt, at der igangsættes en journalaudit mellem de fynske kommuner og OUH vedrørende uhensigtsmæssige indlæggelser. Forinden gennemgangen af et aftalt antal journaler aftales definitionen på en uhensigtsmæssig indlæggelse, som således vil ligge til grund for journalaudit'en.

Journalaudit'en opstartes 2012.

Ansvarlig: udvalg for indlæggelser og udskrivelser

Kontaktmulighed i dagtiden på hverdage

For kommuner med mere end 10.000 borgere er kommunens visitatorer tilgængelige for telefonisk henvendelse i dagtiden på hverdage. Øvrige kommuner kan kontaktes via sms i dagtid udenfor telefontiden. I forhold til planlægning af udskrivelser er OUH's afdelinger ligeledes tilgængelig i dagtiden.

Kommunespecifik aftale for Odense Kommune

Samarbejde med jordemødre

De nuværende aftaler videreføres indtil fødeplanen er vedtaget.

Nuværende aftale bilag E

Sårbare gravide

De nuværende aftaler videreføres indtil fødeplanen er vedtaget.

Nuværende aftale bilag E

Samarbejde kommunal misbrugsbehandling og OUH's familiecentre/ambulatoriet

De nuværende aftaler videreføres indtil fødeplanen er vedtaget.

Nuværende aftale findes i bilag E

Tværfagligt samarbejde mellem OUH Odense Universitetshospital og Familiecentre

De nuværende aftaler i forhold til OUHs familieambulatorium videreføres indtil den nye familieambulatorium struktur i regionen er på plads og nye aftaler kan beskrives.

Nuværende aftale findes i bilag E

Handicappede børn

Aftale mellem OUH Odense Universitetshospital og Odense Kommune videreføres efter hidtidige retningslinjer.

I henhold til eksisterende aftale vedrører samarbejdet medicinske/paramedicinske afdelinger på OUH Odense Universitetshospital og Specialrådgivningen for handicappede børn. Aftalen har til formål at foretage en dobbeltsidig henvisning, således at alle småbørn, der er tilknyttet Specialrådgivningens pædagogisk/psykologiske del også følges på OUH Odense Universitetshospital. Der er en gensidig målsætning om tidlig opsporing, diagnosticering og behandling af handicappede småbørn.

Samarbejdet består konkret af følgende:

- Læger, fysio- og ergoterapeuter fra OUH Odense Universitetshospital indgår som en del af Specialrådgivningens tværfaglige team.
- Fysio- og ergoterapeuterne fra sygehusets del af specialrådgivningen indgår fast i ugentlige tværfaglige teammøder.
- Læger samarbejder med Specialrådgivningen ved henvisninger, konferencer samt ad hoc.
- Den specialeansvarlige overlæge på OUH Odense Universitetshospital er fast tilknyttet Specialrådgivningen.

Der kan forventes initiativer til afklaring af formelle retningslinjer for indarbejdelse af de ressourcemæssige konsekvenser af samarbejde mellem sygehusvæsen og sociale institutioner i rammeaftalerne.

I forhold til opfølgning afholdes der årligt møder mellem Specialrådgivningen og OUH Odense Universitetshospital.

Involverede forvaltninger i Odense Kommune: Børn- og Ungeforvaltningen.

Kontakt i Odense Kommune: Ledelse i Børn og Familieafdelingen (Børn- og Ungeforvaltningen)

Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Neurologisk Afdeling N, Rehabiliteringsafdelingen, Børneafdelingen, Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus.

Visitationskontoret afd. Heden

Visitationskontorets opgave er at visitere borgere, der ved indlæggelsen ikke er kendt af hjemmeplejen, og som efter endt hospitalsophold skal udskrives til hjemmepleje, samt de borgere der vurderes til at skulle tilbydes en aflastnings- eller rehabiliterende midlertidig plads. I aftaleperioden udvides ordningen til også at omfatte udskrivelser hvor der er behov for udvidet koordinering/"kompliserede udskrivelser"

Visitationen sker på OUH Odense Universitetshospital.

Visitationskontoret medvirker til at kvalitetssikre det sammenhængende udskrivningsforløb, sikre tryghed i udskrivelsen samt understøtte standarderne i den regionale samarbejdsaftale.

Region Syddanmark og Odense Kommune har indgået en aftale, hvor OUH Odense Universitetshospital stiller et lokale til rådighed for Visitationskontoret.

Kontakt i Odense kommune: Leder af Visitationskontoret

Ansvarlig for aftalen på OUH: Direktionen

Samarbejdsaftale vedr. døgnrehabiliterings-pladser i kommunalt regi.

Odense Kommune har 16 døgnrehabiliteringspladser.

Formålet med døgnrehabiliteringspladserne er at tilbyde borgere i kommunen et rehabiliterende tilbud, før der sættes ind med en kompenserende varig hjælp, og før der tilbydes en alternativ boform.

Odense Kommune har indgået samarbejde med OUH Odense Universitetshospital om:

- Aftaler om rådgivning og vejledning af personalet omkring geriatriske problemstillinger i specifikke borgerforløb.
- Aftaler om undervisning af personalet i døgnrehabiliteringscentret.
- Samarbejde om borgere med faldproblematik i situationer, hvor kommunens genoptræningsydelse ikke skønnes at være tilstrækkelig.

Odense Kommune har indgået aftale med praktiserende læger, der er lægelig tovholder i hele forløbet om:

Personalet på døgnrehabiliteringscentret kan anmode praktiserende læge om:

- o At en evt. lægelig behandling, hvor det er muligt, inddrager den tværfaglige udredning på døgnrehabiliteringscentret, før den igangsættes.
- o Medicingennemgang og eventuel sanering.
- o Udredning af sygdomme/symptomer og iværksættelse af relevante undersøgelser og behandling.
- o Henvisning til geriatrisk udredning.
- o Tilsyn fra praktiserende læge hos borgeren i døgnrehabiliteringscentret.
- o Lægelig deltagelse i mål- og evalueringssamtaler.

Mindst en gang om året vil der foregå en opfølgning mellem OUH Odense Universitetshospital og Odense Kommune i Det lokale Samordningsforum.

Laborantordning

Odense Kommune og Odense Universitetshospital har et samarbejde vedrørende blodprøvetagning i borgernes eget hjem, herunder også plejebolig. Målgruppen for ydelsen er svært bevægelseshæmmede. Opgaven varetages af udkørende laboranter.

Der foreligger en kontrakt for dimensioneringen af opgaven og finansiering som er delt og har udgangspunkt i den økonomiske ramme for 2010. Kontraktens indhold gælder indtil andet er aftalt.

Regionen - ved Afdelingen for kommunesamarbejde - tager initiativ til analyse og harmonisering af finansieringsprincipperne for de nuværende ordninger med blodprøvetagningen. Forslag til fremtidig ordning forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Involverede forvaltning: ÆHF - Sygeplejen, Sundhed.

Kontakt i Odense Kommune: Ledelsen i Sygeplejen, Sundhed

Involverede afd. og kontakt på OUH, Afd. for Biokemi, Farmakologi og Genetik.

Reduktion af antallet af færdigbehandlede stadig indlagt på sygehus

Patienter, som er færdigbehandlede men stadig indlagt på et sygehus, er ikke i et optimalt forløb. Det fælles arbejde med henblik på at reducere antallet betalingsdage for færdigbehandlede patienter fortsætter. Det sker ved løbende at følge udviklingen og analysere mønstre og fremsætte forslag til ændret praksis i patientforløb på sygehuset og/eller kommunerne. Der stiles mod at lære af hinanden og af andre. Udvalget vedrørende indlæggelser og udskrivelse samt OUH Odense Universitetshospitals Kvalitetsafdeling forestår dette arbejde og rapporterer løbende til Lokale samordningsforum. Der sættes mål for indsatsen.

Udvalget vedrørende indlæggelser og udskrivninger følger løbende op på de nævnte forhold og afrapporterer til Det lokale Samordningsforum.

Fælles projekter

Samarbejde mellem familie- og Gravide enheden, RusmiddelCenter Odense og familiecentret afdeling D

Familie- og Gravide enheden, RusmiddelCenter Odense har følgende aftaler med Familiecentret, afd.D, OUH - frem til september 2011

Afbrydelse af svangerskabet

- Hvis en borger (klient i Rus.) ønsker afbrydelse af svangerskabet, er der aftale med Familiecentret om en akut-tid inden for ca. 24 timer.
- Rusmiddelcentret forestår afklarende samtale. Aftaler tid til indgrebet med OUH.
- Rusmiddelcentret tilbyder kvinden kørsel hjem efter indgrebet.
- RusmiddelCentret forestår den lovpligtige samtale efter indgrebet.

Langtidsvirkende antikonception

- Rusmiddelcentret kører kvinden på OUH for at få lagt P-stav, hormon spiral eller for at få foretaget sterilisation.
- Rusmiddelcentret tilbyder støtte før, under og efter indgrebet, samt at køre kvinden hjem.

Fast møde aktiviteter

- RusmiddelCentret deltager i samtaler med jordemoder, læge og i undersøgelser/ scanninger etc..
- Derudover deltager RusmiddelCentret i koordinerende møder med borgeren.
- Familiecentret og Rusmiddelcentret afholder kvartalsvise samarbejds møder.

Rusmiddelcenter Odense varetager- og eller rådgiver i forbindelse med nedtrapningsplanlægning af såvel substitutionsmedicin som støttemedicin.

I RusmiddelCenter Odense, Familie- og Gravide enheden er ansat en behandler (10 timer), en sygeplejerske (37 timer) og en projektleder/case manager (37 timer). Alle finansieret af Sats-puljemidler frem til sept. 2011. Efter projektperioden vil indsatsen blive søgt integreret i tilbud i rusmiddelbehandlingen og andre offentlige tilbud, der retter sig til målgruppen.

Tele – sår:

Odense kommune deltager i et telemedicinsk sårbehandlings projekt, der har til formål at frigøre arbejdskraft på sygehuse og i kommunernes hjemmepleje, og dertil øge kvaliteten i sårbehandlingen.

Telemedicinsk teknologi muliggør en direkte og online billedkommunikation i behandlingssystemet, fra det sted hvor patienten befinder sig og til sårspecialisten. Der er dermed mulighed for direkte billed- og lydtransmission fra hjemmeplejen og til lægen, eller fra basisafdelingen på sygehuset og til specialistafdelingen på universitetssygehuset.

Projektperioden: 01.01.10 - 01.04.11. Projektet forventes at overgå til drift efterfølgende.

Grundaftale om genoptræning

1. Principper og målsætninger

1.1 Genoptræningsplanen

En forudsætning for patientens oplevelse af sammenhæng i genoptræningsforløbet er, at der sikres en optimal overgang fra behandling på sygehuset til den ambulante genoptræning.

Midlet til opnåelse af *kontinuitet* i overgangen er, at der allerede ved indlæggelsen er særlig fokus på den tværsektorielle *koordination* og *kommunikation*.

Forløbsplanen - Tidlig information om genoptræningsbehov

Forløbsplanen, som udarbejdes i overensstemmelse med SAM:BO, skal bl.a. indeholde oplysninger om den lægefaglige vurdering af det forventede behov for genoptræning.

En udvidet koordinering af genoptræningsforløbet kan finde sted ved fælles deltagelse i hjemmebesøg, udskrivelsessamtaler samt ved kommunal deltagelse i træning under indlæggelse. Behovet for udvidet koordinering vil fremgå af forløbsplanen.

Vurdering af genoptræningsbehovet

Patientens genoptræningsbehov skal lægefagligt vurderes senest på udskrivelsestidspunktet. Dvs. der vurderes, om patienten har nedsat funktionsevne med problemer i kroppens funktioner eller anatomi, samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger og om genoptræning kan bedre dette. Hertil kommer en vurdering af, om patienten kan håndtere genoptræningen uden professionel assistance.

Udarbejdelse af genoptræningsplanen

Såfremt patienten har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning efter udskrivelsen, skal sygehuset udarbejde en genoptræningsplan i samarbejde med patienten.

For at give den nødvendige information om indholdet i genoptræningsplanerne til personalet på regionens sygehuse, er der udarbejdet en *Regional retningslinje for genoptræningsplaner* (bilag). Retningslinjen følger nøje "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus", samt "Vejledning om træning i kommuner og regioner." Retningslinjen foreskriver, at genoptræningsplaner skal udarbejdes i ICF termer.

Formålet med retningslinjen er, at genoptræningsplaner udfyldes og videregives korrekt på grundlag af en ensartet regional retningslinje. Retningslinjen indeholder en beskrivelse af målgruppe, formål, definition af kernebegreber, fremgangsmåde for udarbejdelse af genoptræningsplaner, indhold, standarder og indikatorer.

Retningslinjen er også gældende for de sundhedsprofessionelle på private sygehuse og private klinikker, som Region Syddanmark har indgået aftale med.

Genoptræning ud fra en genoptræningsplan kan indgå som et element i et planlagt tværsektorielt forløb fx et patientuddannelses- eller rehabiliteringsforløb. Genoptræningsplanen er alene en plan for genoptræning og kan ikke indeholde henvisninger/informationer om vedligeholdende træning eller forebyggende indsatser. Der skal udarbejdes en selvstændig henvisning til forebyggelsesindsatser jf. grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme.

1.2 IT-understøttelse af samarbejdet om genoptræningsforløb

For at understøtte samarbejdet og kommunikationen mellem parterne vedrørende genoptræning af patienter efter endt sygehusbehandling, er der etableret elektronisk kommunikation mellem alle relevante sygehusafdelinger, de kommunale træningsenheder og almen praksis. Alle genoptræningsplaner fremsendes således elektronisk i Region Syddanmark.

Den elektroniske kommunikation foregår til og fra de patientjournal-systemer, som anvendes henholdsvis på sygehusafdelingen og i den kommunale træningsenhed.

Den elektroniske genoptræningsplan udvikles med implementering af den nye og opdaterede MedCom-standard i de anvendte it-systemer i kommunerne og på sygehusene, således at kommunikationen kan foregå på et standardiseret og struktureret niveau.

I forbindelse med regionens aftaler med private og foreningsdrevne sygehuse søges etableret elektronisk kommunikation på basis af de samme samarbejdsaftaler, som i øvrigt gælder for regionens sygehusafdelinger og kommunale træningsenheder.

1.3 Iværksættelse af ambulant genoptræning

Efter aftale med patienten sendes genoptræningsplanen elektronisk til patientens bopælskommune samt til patientens alment praktiserende læge. Den specialiserede ambulante genoptræningsplan skal også sendes til det valgte sygehus.

Tidsangivelse for bopælskommunens og sygehusets kontakt til patienten for tilrettelæggelse af det videre genoptræningsforløb

Senest 5 hverdage efter modtagelsen af genoptræningsplanen i kommunen / på sygehuset, kontaktes patienten af kommunen eller det sygehus, der har ansvaret for den videre genoptræning, med henblik på det videre forløb.

Påbegyndelse af ambulant genoptræning

Genoptræningsplanen skal angive en tidsfrist for påbegyndelse af det ambulante genoptræningsforløb. Angivelsen af tidsfristen sker på baggrund af en lægefaglig begrundelse; evt. ud fra et regime. De respektive sygehusafdelinger har ansvaret for, at gældende regimer er tilgængelige på VisInfoSyd.dk.

2. Sammenhæng i genoptræningsforløbet

2.1 Kontaktpersoner på sygehuse og i kommuner

Af genoptræningsplanen fremgår kontaktpersonen på sygehuset og i kommunen. Disse kan kontaktes af patienter og fagprofessionelle ved spørgsmål til den individuelle genoptræningsplan som fx:

- rådgivning om atypiske patientforløb
- opklarende spørgsmål om det videre genoptræningsforløb
- orientering om frit valg vedr. genoptræningstilbud

Ved generelle spørgsmål og principielle sager vedr. genoptræning kontaktes regionens patientkontor. På VisInfoSyd.dk er der en oversigt over kommunale kontaktpersoner.

2.2 Videregivelse af status efter endt genoptræning (under forudsætning af, at kommunikationen kan ske elektronisk)

Ved afslutning på specialiseret genoptræning, hvor patienten afsluttes uden et efterfølgende alment genoptræningsforløb, sender sygehuset en slutstatus til kommunen og praktiserende læge.

Kommunen fremsender slutstatus til sygehus efter afslutning på et alment genoptræningsforløb, såfremt det er angivet i genoptræningsplan. Kommunen sender efter alle forløb slutstatus til praktiserende læge.

Slutstatus skal sikre gensidig læring og udvikling på sygehuse, i kommuner og ved almen praksis. Følgegruppen for genoptræning udarbejder skabelon for slutstatus til brug på sygehuse og i kommuner.

Aftalen træder i kraft, når det er muligt at effektuere kommunikationen elektronisk.

3. Arbejdsdeling

Arbejdsdelingen vedrørende almen ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning følger lovgivningen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006. Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for al genoptræning efter sundhedsloven.

Specialiseret ambulant genoptræning skal ydes på et sygehus ud fra følgende kriterier:

- Genoptræningsyndelser, der kræver et samtidigt og/eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- Genoptræningsyndelser, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Det er ved anvendelsen af kriterierne ikke diagnosen men patientens tilstand og sygdommens sværhedsgrad, der afgør, om patienten efter udskrivelse fra sygehus skal have tilbud om specialiseret ambulant genoptræning i sygehusvæsenet.

Når sygehuset vurderer, at patienten kan håndtere genoptræningen uden professionel assistance, skal sygehuset yde den nødvendige instruktion til patientens egenræning.

Der er mellem Region Syddanmark og kommunerne udarbejdet en vejledning for *"Snitflade mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark"* (Bilag). Hensigten med vejledningen er at præcisere og vejlede personalet på sygehuse og i kommunerne i forhold til, i hvilken sektor den ambulante genoptræning skal foregå. Samtidig er formålet at sikre en ensartet forståelse og fordeling af behandlings- og genoptræningsopgaverne mellem Region Syddanmark og kommunerne.

Snitfladekataloget er et dynamisk redskab, og Følgegruppen for genoptræning er ansvarlig for, at snitfladekataloget revideres hvert andet år i et samspil med de lokale samordningsfora. Første revision sker i 2011.

Ved kommende revidering af snitfladekataloget vil følgegruppen for genoptræning med inddragelse af relevante kompetencer udarbejde forslag til evt. indarbejdelse/justering af følgende overordnede temaer:

- Særlige forhold vedrørende målgruppen børn og unge
- Snitfladen mellem patientrettet forebyggelse og genoptræning
- Snitfladen mellem fysioterapi i praksissektoren og genoptræning
- Snitfladen mellem præoperativ intervention og genoptræning
- Vejledende tidsfrister for påbegyndelse af ambulant genoptræning i snitfladekataloget.

Det reviderede snitfladekatalog godkendes af Det Administrative Kontaktforum.

4. Kvalitetsudvikling på tværs af sektorerne

4.1 Tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser

Som et led i at sikre den tværsektorielle sammenhæng i genoptræningsindsatsen, udarbejdes der, i regi af Det Administrative Kontaktforum, tværsektorielle sygdomsspecifikke genoptræningsforløbsbeskrivelser. Udarbejdelsen tilrettelægges af Følgegruppen for genoptræning.

- Genoptræningsforløbsbeskrivelserne beskriver evidensen for de ergoterapeutiske og fysioterapeutiske kerneydelser. Beskrivelsen af evidensen bygger på international og national forskning.
- Genoptræningsforløbsbeskrivelserne indeholder den til dato bedste viden om genoptræningsforløbet af den konkrete patientgruppe og er dermed et udtryk for et ideelt forløb.
- Genoptræningsforløbsbeskrivelserne forankres i de lokale samordningsfora og kan danne grundlag for udarbejdelse af lokale retningslinjer.
- Som fælles referenceramme anvendes International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) terminologien i genoptræningsforløbsbeskrivelserne. ICF er af WHO foreslået som et tværfagligt og tværsektorielt kommunikationsredskab.
- Følgegruppen arbejder for, at der etableres fælles databaser til indrapportering af data vedr. genoptræningsforløbene med henblik på effektmåling og kvalitetsudvikling.
- Hvert andet år revideres genoptræningsforløbsbeskrivelserne.

4.2 Tværsektoriel kompetenceudvikling

Med henblik på at understøtte udviklingen af høj kvalitet i genoptræningen iværksætter Følgegruppen for genoptræning kompetenceudviklingstiltag via læringsmiljøer, blandt andet i form af undervisning i metoder inden for kvalitetsudvikling, afholdelse af temadage m.v.

5. Frit valg af genoptræningssted

Jf. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus skal genoptræningsplanen indeholde rådgivning om patienters mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud. I forbindelse med udleveringen af genoptræningsplanen informeres patienten skriftligt om muligheder for frit valg, både med hensyn til almen ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning. En oversigt med genoptræningssteder og genoptræningstilbuddets indhold skal findes på VisInfoSyd. Oversigten kan understøtte patientens valg af genoptræningssted.

5.1 Information om genoptræningstilbud

Kommunerne og regionen skal på VisInfoSyd.dk løbende opdatere en oversigt over deres genoptræningstilbud, herunder oplysninger om:

- Målgrupper
- Tilbuddets målsætning
- Tilbuddets indhold og omfang
- Hvor foregår tilbuddet
- Hvem er leverandøren (kontaktnavn, adresse, tlf., e-mailadresse, evt. hjemmeside)

Sygehusspecifikke aftaler mellem de fynske kommuner og OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus

Genoptræningsplanen

I aftaleperioden tilstræbes en it-teknisk løsning, således at feltet med patientens telefonnummer automatisk overføres på genoptræningsplanen.

Tlf.nr. skrives under "kliniske oplysninger" i genoptræningsplanen, indtil det måtte fremgå som pkt. i DGOP.

Genoptræningsplanen skal påføres diagnose og evt. bi-diagnoser. Skrives under "kliniske oplysninger".

Supplerende faglige oplysninger

De kliniske afdelinger er ansvarlige for, at deres standardregimer er tilgængelige på VisinfoSyd. Standardregimer og genoptræningsplaner bruges som det primære kommunikationsredskab mellem sektorerne. Hvis operation/behandlingsplan ikke følger standardregimerne, som er tilgængelige på Visinfosyd, skal det fremgå af og beskrives i genoptræningsplanen, fx skal operatørens plan fremgå af genoptræningsplanen.

Hvis standardregime ikke findes på Visinfosyd, skal operatørens plan altid fremgå af genoptræningsplan.

Undtagelsesvis kan det være nødvendigt, at ergo- og fysioterapeuter kontakter den behandlende afdeling for at indhente supplerende oplysninger, hvis disse ikke fremgår af genoptræningsplanen.

Nødvendige journaloplysninger kan for eksempel være:

- Operationsbeskrivelser
- Relevante sygdomsoplysninger
- Beskrivelse af den genoptræning, der har fundet sted under indlæggelsen.
- Indhold og resultat af specialiseret genoptræning forud for alment ambulant genoptræningsforløb (Kan udelades, når OUH leverer slutstatus).

Patientens mundtlige samtykke til genoptræningen omfatter også afgivelse af relevante journaloplysninger for det aktuelle genoptræningsforløb.

Håndkirurgi

I aftaleperioden skal der være et særlig fokus på patienter med håndkirurgiske problemstillinger og hvornår der er behov for tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau, der udløser en specialiseret genoptræningsplan.

Der gøres op på antallet af almene og specialiserede genoptræningsforløb indenfor det håndkirurgiske område 2 gange i aftaleperioden, første gang i 2011.

Hjemmebesøg

"Aftale vedr. Hjemmebesøg" indgået mellem OUH og de fynske kommuner er gældende med justeringer. Aftalen indgår som Bilag C.

Udvidet koordinering i forbindelse med udskrivelse af patienter med apopleksi

Inden udskrivelse af patienter med moderat til svær hjerneskade, der har været indlagt mere end 14 dage, anmoder OUH i forløbsplanen om at patienten udskrives med "udvidet koordinering". OUH sikrer, at navnet på kontaktergoterapeut og -fysioterapeut fremgår af forløbsplanen.

I aftaleperioden arbejdes på at etablere en udvidet koordinering af patientens overgang fra sygehus til hjemmet. Aftalen indebærer:

- at en kommunal terapeut mødes med patient og terapeuter på sygehuset før udskrivelse med henblik på at aftale dato for start på genoptræning efter udskrivelse og mhp. at få informationer om patienten til brug for den videre genoptræning i kommunen.

- at patienter med let skade besøges/kontaktes af en kommunal terapeut indenfor 5 dage efter udskrivelse, med henblik på at drøfte den videre genoptræning i kommunen samt aftale dato for, hvornår genoptræningen begynder.

Tværasektoriel kompetenceudvikling

Der etableres et fagligt tværasektorielt udviklingsforum for terapeuter mellem OUH og de fynske kommuner.

Kommunespecifik aftale for Odense Kommune

Børn

Børn med behov for genoptræning

Børn med behov for genoptræning, dvs. børn, der har været udsat for en hændelse. f.eks. sygdom, operation eller ulykker, der har forringet deres funktionsniveau, er omfattet af samme aftale som voksne med genoptræningsbehov. Børnene henvises til kommunen via gældende genoptræningsplan.

Børn med behov for habilitering

Børn med behov for habilitering, dvs. børn med funktionsevnenedsættelse, der ikke har været udsat for en hændelse, men f.eks. har en medfødt problemstilling/lidelse, henvises ved behov for ergo- og/eller fysioterapi til Odense Kommune via Børneterapien, Rugvang 40, 5210 Odense NV.

Der fremsendes et journalnotat med relevante oplysninger om barnets problemstilling, navn og telefonnummer på barnets kontaktperson på sygehuset til Børneterapien i papirform. (indtil elektronisk kommunikation kan etableres). Børneterapien er ansvarlig for at give en tilbagemelding på, hvilken indsats barnet bliver henvist til, og hvornår indsatsen påbegyndes.

Kvalitetssikring

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe bestående af terapeuter fra Odense kommune og Odense Universitetshospital, der skal arbejde med at kvalitetssikre områder inden for ergo- og fysioterapi til børn, eksempelvis mulighed for at anvende ens standardiserede undersøgelses-metoder og -redskaber i overleveringen mellem sektorerne.

Samarbejde om Simpel Funktionsmåling

OUH Odense Universitetshospital og Odense Kommune fortsætter den hidtidige registrering af "funktionsevne" jævnfør Simpel Funktionsmåling (Tidligere FunktionFyn).

Registrering af data udbygges og tilpasses de genoptræningsforløbsbeskrivelser, der udarbejdes tværfagligt og tværsektorielt mellem kommunerne i regionen og Region Syddanmark.

Odense Kommune og OUH Odense arbejder på at etablere en tværsektoriel database til opsamling af testdata fra Simpel funktionsmåling og fra gennemgående tests i de tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser med henblik på kvalitetssikring og – udvikling af sammenhængende patientforløb. – under forudsætning af, at der ikke etableres en database i regionalt regi.

Patient - Befordring

Af alle indkaldelsesbreve fra Rehabiliteringsafdelingen, OUH fremgår, at hvis patienten af helbredsmæssige årsager ikke er i stand til at komme til Rehabiliteringsafdelingen, kan patienten kontakte egen kommune med henblik på at få bevilliget kørsel. Det relevante kommunale telefonnummer fremgår af indkaldelsesbrevet.

Grundaftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

1. Formålet med udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler

Formålet med at udlevere behandlingsredskaber og eller hjælpemidler - efter endt behandling eller som del af behandlingen - er at understøtte patienten/borgeren ved udførelse af aktiviteter, som vedkommende enten kun kan udføre med stort besvær eller ikke vil være i stand til at udføre uden behandlingsredskaber og/eller hjælpemidler.

2. Arbejdsdeling

Arbejdsdelingen på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler tager afsæt i Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, 21. december 2006. Af Cirkulæret, punkt 4 fremgår 5 kategorier, hvor det er skillelinjen mellem *"behandlingsredskaber, som regionen skal betale og hjælpemidler, som kommunen skal betale, der har størst betydning"*.

2.1 Forsyningsansvar

Behandlingsredskaber

Regionen forsyner patienter med behandlingsredskaber som et integreret led i sygehusbehandling, hvor det er en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen. Sygehuset forsyner ligeledes patienter med behandlingsredskaber som en fortsættelse af den iværksatte behandling, med det formål at forbedre behandlingsresultatet eller forhindre en forringelse af resultatet. Udgiften hertil afholdes af regionen.

Hjælpemidler

Kommunalbestyrelsen yder støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder til borgere i henhold til lov om social service § 112 og § 113, sundhedslovens § 84, og § 140 samt sundhedslovens § 138.

Hjælpemidler i forbindelse med ambulant genoptræning

"I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal kommunen afholde udgifterne hertil og herunder udgifterne til de hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe hjælpemidlerne" (Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, 21. december 2006).

Hjælpemidler i forbindelse med genoptræning er således hjælpemidler, der bevilges af kommunen som en integreret del af genoptræningsopgaven. Undtaget herfra er dog hjælpemidler til brug ved specialiseret ambulant genoptræning. Her leverer sygehuset de nødvendige hjælpemidler, mens det er kommunen der afholder udgiften.⁵ Ved behov for hjælpemidler på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne i henhold til § 112 i Serviceloven ansøger borgeren om hjælpemidler i kommunen.

Overdragelse af forsyningsansvar

Forsyningsansvaret for et apparatur (behandlingsredskaber og hjælpemidler) kan overgå fra regionalt regi til kommunalt regi i situationer, hvor apparaturet ikke længere tjener til formål at forbedre eller forhindre forringelse af et behandlingsresultat opnået i sygehusregi. Sygehuset eller speciallægepraksis forestår den lægefaglige vurdering af, hvornår apparaturet ikke er et behandlingsredskab.

Forsyningsansvaret følger *Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet*. Principper og eksempler på udmøntning er beskrevet via de enkelte cases i

⁵ Taksterne til specialiseret ambulant genoptræning er beregnet således, at kommunerne ikke skal betale særskilt for hjælpemidler til specialiseret ambulant genoptræning (DRG-afregnet).

casekataloget, jfr. pkt.2.3. Hjælpemidler som har til formål at sikre arbejdsmiljøet, skal stilles til rådighed af den myndighed som har arbejdsopgaven.

2.2 Arbejdsdeling

Med udgangspunkt i *Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber*, hvor formålet er at definere hvad behandlingsredskaber er og at afgrænse behandlingsredskaber over for tilgrænsende kategorier af redskaber og hjælpemidler, har arbejdsdelingen som udgangspunkt følgende principper:

- Let adgang for patienten/borgeren til behandlingsredskaber og hjælpemidler
Der vil fra kommunerne i regionen og Region Syddanmark være fokus på at løse opgaven bedst muligt for patienten/borgeren. Hertil anvendes et *tilknytningsprincip*: Er der tvivl om, hvilken myndighed der har ansvaret for opgavevaretagelsen, udføres opgaven af den myndighed, der har tættest kontakt med patienten/borgeren. Det nødvendige behandlingsredskab eller hjælpemiddel leveres til patienten/borgeren, idet ansvar og betalings spørgsmål afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder. Hvis borgeren ikke har kontakt til nogen sektor, antages det, at kommunen er nærmest, og kommunen yder i den forbindelse rådgivning af borgeren på baggrund af den enkelte kommunes serviceniveau.
- Enkel logistik, kombineret med en enkel administrativ betalingsordning.
- Fraviges princippet om *enkel logistik*, skal der fortsat tilstræbes enkle administrative betalingsordninger.

2.3 Formålet med casekataloget

Arbejdsdelingen mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber fremgår af *Casekatalog: Regionens og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark* (bilag). Til grund for casekataloget er *Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet*, Cirkulære af 21. december 2006.

Casekataloget fremmer samarbejdet mellem parterne gennem en forenkling og fælles forståelse af cirkulæret. Casekataloget udbygges med relevante principielle cases, som kan hjælpe til daglig afklaring af arbejdsdeling og ansvar imellem kommunerne og regionen. Casene i kataloget omfatter alle aldersgrupper, herunder børneområdet, der ikke er behandlet særskilt, men går på tværs af de beskrevne cases. Casekataloget er udformet som en elektronisk opslagsbog til brug for samtlige medarbejdere på sygehusene og i kommunerne i Region Syddanmark, se VisInfoSyd.dk

Casekataloget følger samme opbygning som *Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber* og beskriver for hver enkelt case:

- Myndighedsvurdering
- Ansvar for instruktion i brug af behandlingsredskaber/hjælpemidler
- Ansvar for vedligeholdelse og reparation af behandlingsredskaber/hjælpemidler
- Leveringsansvar
- Finansieringsansvar

2.4 Dialog om udmøntning af arbejdsdelingen

Casekataloget er et dynamisk redskab som løbende skal udbygges. Dialogen vedrørende casekataloget skal foregå i de lokale samordningsfora. Problemstillinger om forsyningsansvar og arbejdsdeling afklares lokalt i regi af de lokale samordningsfora. Principielle problemstillinger sendes videre til den tværsektorielle følgegruppe, som vejleder i forhold til tolkning af cirkulæret. Forslag til ændring og revision af *Casekatalog, Regionens og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark* forelægges Det Administrative Kontaktforum, Sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

3. Kapacitet

3.1. Sikring af kapaciteten

Den myndighed, der har ansvaret i forhold til aftalt opgavefordeling, sørger for den nødvendige kapacitet. Koordinering af kapacitet varetages i det lokale samordningsforum.

Løbende overvågning og tilpasning af kapacitet er en kerneopgave i samarbejdet mellem sygehuse og kommuner og sættes på dagsordenen med faste intervaller i de lokale samordningsfora.

3.2. Sikring af kvaliteten

De lokale samordningsfora følger og sikrer kvaliteten af leveringstider, behandlingsredskabernes/hjælpemidlernes funktion, udlevering og tilbagelevering af behandlingsredskaber/hjælpemidler.

Det forudsættes, at alle produkter fungerer ved levering, og at der i forhold til disse foretages "lovpligtige" eftersyn, hvor der er krav om det. Udleverende myndighed fastsætter selv serviceniveauet.

4. Afklaring af behov

4.1. Afklaring af og kommunikation vedr. behov for behandlingsredskaber og hjælpemidler

I forbindelse med sygehusbehandling skal patientens behov for behandlingsredskaber og hjælpemidler afklares. Dette sker på baggrund af en lægefaglig vurdering og i samarbejde med patienten/borgeren. Gennem den regionale samarbejdsaftale SAM:BO sikres tidlig dialog og samarbejde om det enkelte patientforløb mellem sygehus og kommune.

Kommunikation foregår via forløbsplaner som aftalt i SAM:BO. Planerne skal indeholde relevante oplysninger om blandt andet forventet behov for behandlingsredskaber og hjælpemidler. Dermed opnås der grundlag for, at kommunen tidligst muligt kan påbegynde forberedelse af modtagelse af borgeren i hjemmet.

Det skal sikres, at der medsendes behandlingsredskaber eller hjælpemidler, som er ordineret som led i behandling eller som fortsættelse af iværksat behandling. Endvidere skal kommunal sagsbehandling af borgerens behov for hjælpemidler sikres.

I kommuner og på sygehuse er der en overordnet ansvarlig for behandlingsredskaber og hjælpemidler. Oversigt findes på VisInfoSyd.dk

Der henvises i øvrigt til *Grundaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb* og bilag hertil.

5. Information

5.1. Sikring af instruktion

De fleste behandlingsredskaber og hjælpemidler skal indstilles individuelt. Derfor er individuel tilpasning af et behandlingsredskab eller hjælpemiddel en vigtig og nødvendig del af hjælpemiddelformidlingen.

For at sikre den nødvendige instruktion af patienten/borgeren i brug af hjælpemidler og behandlingsredskaber er det i *Casekatalog: Regionen og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark* angivet, at den udleverende myndighed har ansvaret for at indstille behandlingsredskaber og hjælpemidler samt instruere i brug af disse.

Den udleverende myndighed er ligeledes ansvarlig for reparationer, hvis der opstår behov for det.

De udleverede behandlingsredskaber og hjælpemidler skal være i god og funktionsdygtig stand.

5.2. Kontakt og dialog med patienten

Den sundhedsfaglige kontaktperson har et særligt ansvar for sikring af sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb, herunder eksempelvis afklaring af behov for behandlingsredskaber eller hjælpemidler til patienten/borgeren.

Region Syddanmark og kommunen forpligter sig til at koordinere indsatsen til den enkelte patient/borger i de tilfælde, hvor vedkommende har behov for behandlingsredskaber/hjælpemidler som led i en behandling, træning eller til kompensation for en varig lidelse. Der henvises i øvrigt til tilknytningsprincippet under denne aftales afsnit 2.2.

Det sikres, at patienten/borgeren ved hvor og hvordan, man skal henvende sig ved spørgsmål i forbindelse med udleverede behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Borgerens kontakt til sygehus eller til kommunen anvises ved udskrivningen. Kontaktfunktionens placering vil afhænge af den lokale aftale mellem sygehus og kommune. Som oftest vil det være den udskrivende afdeling eller terapiafdelingen på sygehuset eller sagsbehandleren i kommunen.

Hvis fagprofessionelle har spørgsmål vedrørende behandlingsredskaber og hjælpemidler kan navngivne kontaktpersoner kontaktes. På VisInfoSyd.dk findes en oversigt over kontaktpersoner på sygehusene og i kommunerne med telefonnumre, telefontider og anden central information.

5.3. Opfølgende rådgivning

Ved behov for opfølgende rådgivning efter udlevering af behandlingsredskaber/hjælpemidler kontaktes den sundhedsperson, som har udleveret behandlingsredskabet/hjælpemidlet.

Er der udleveret behandlingsredskaber/hjælpemidler i forbindelse med sygehusbehandling rettes henvendelse til kontaktpersonen på sygehuset.

Er der udleveret hjælpemidler i forbindelse med genoptræning i kommunen rettes henvendelse til kontaktpersonen i kommunen.

Sygehuspecifikke aftaler mellem de fynske kommuner og OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus

Hjemmebesøg

"Aftale vedr. Hjemmebesøg" indgået mellem OUH og de fynske kommuner er gældende med justeringer. Aftalen indgår som Bilag C.

Kommunespecifik aftale for Odense Kommune

Arbejdsdelingen mellem Odense Universitetshospital og Odense kommune for tilvejebringelse af behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Aftale mellem OUH Odense Universitetshospital og Odense Kommune vedrørende gensidig afhentning af hjælpemidler.

Aftalen mellem OUH Odense Universitetshospital og Odense Kommune skal sikre, at håndteringen af behandlingsredskaber og hjælpemidler hos Odense Kommunes borgere vedrørende udlån foregår og fremstår logisk og effektivt.

Dette sikres ved:

- At behandlingsredskaber udlånt af OUH Odense Universitetshospital til Odense borgere, afhentes på borgers adresse af Odense Kommune i forbindelse med, at Odense Kommune leverer hjælpemidler til varigt brug.
- At OUH Odense Universitetshospitals transportordning afhenter de behandlingsredskaber, som Odense Kommune har afhentet hos kommunens borgere.
- At hjælpemidler, som borgeren har medbragt under indlæggelse på OUH Odense Universitetshospital, returneres af OUH Odense Universitetshospitals transportordning til Odense Kommune hjælpemiddeldepot.

Ordningen kan opsiges med tre måneders varsel af begge parter til den første i en måned.

Den involverede forvaltning i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen, Aktivitet og Træning i Sundhed er kontakt afdeling.

Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Servicecenter OUH.

Opfølgning: Odense kommunes hjælpemiddeldepot sikrer registrering af transporter udført af OUH Odense Universitetshospitals transportør og transporter udført af Odense Kommunes transportør. Transporter registreres ikke på afstand, men alene pr. udført transport.

Odense Kommune sikrer den fornødne dokumentation i form af statistik.

Odense Kommune foretager en årlig opfølgning på baggrund af denne statistik og fremsender pr. 31. december betalingsopgørelse.

Betalingen udgør den til enhver tid gældende takst for Odense Kommunes Hjælpemiddeldepot/ OUH's udlånsdepot i henhold til kontrakt med transportør.

Statistikken kan endvidere efterfølgende være til brug for gensidig dialog mellem Odense Kommune og OUH Odense Universitetshospital

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

Lejekontrakt mellem Odense Kommune og OUH Odense Universitetshospital om leje af hjælpemidler fra Odense Kommunes hjælpemiddeldepot

Den hidtidige lejekontrakt mellem Odense Kommune og OUH Odense Universitetshospital videreføres efter hidtidige retningslinjer.

Lejekontrakten omfatter kun behandlingsredskaber.

Formålet med lejeaftalen er at sikre, at Odense Kommunes borgere får stillet de nødvendige

redskaber til rådighed af OUH Odense Universitetshospital i forbindelse med afhjælpning af behov for behandlingsredskaber. (Afgrænsningscirkulærets punkt 2.1: Redskaber, som patienten/borgeren forsynes med som led i behandling – eller som led i eller som fortsættelse af den iværksatte behandling.)

Begrundelsen for at leje behandlingsredskaber ved Odense Kommune kan være:

OUH Odense Universitetshospital ikke p.t. har det konkrete redskab på lager.

OUH Odense Universitetshospital ikke ønsker at lagere det konkrete behandlingsredskab på grund af lav lageromsætningshastighed.

Det kan være det samme hjælpemiddel, som borger skønnes at skulle have stillet til rådighed til varigt brug efter endt behandling.

Hjælpemiddeldepotet, Odense Kommune fremsender faktura på lejen til OUH Odense Universitetshospital, når det enkelte udlån ophører, enten i forbindelse med returnering til Odense Kommunes Hjælpemiddeldepot, eller hvis behandlingsredskabet overføres til varigt udlån hos borger.

Aftalen kan opsiges med tre måneders varsel af begge parter til den første i en måned. Odense Kommune følger en gang årligt op på lejeaftalen, idet der udføres statistik på OUH Odense Universitetshospitals forbrug af lejede behandlingsredskaber. Dette kan således efterfølgende være til brug for gensidig dialog mellem Odense Kommune og OUH Odense Universitetshospital.

Den involverede forvaltning i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltning, og Aktivitet og Træning i Sundhed er kontaktafdeling.

Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Økonomi- og Planlægningsafdelingen, Servicecenter OUH (Udlånsdepotet) og Rehabiliteringsafdelingen,

Aftale om hjælpemidler for mennesker med særlige behov (specialtilpassede hjælpemidler)

Aftalen mellem OUH Odense Universitetshospital og Odense Kommune skal sikre, at hjælpemidelhåndteringen hos Odense Kommunes borgere vedrørende behov for udlån af specialtilpassede hjælpemiddel foregår og fremstår logisk og effektivt for borger, OUH Odense Universitetshospital og Odense Kommune.

Dette sikres ved:

At der ved behov for specialtilpassede hjælpemidler under indlæggelse, hvor der allerede er specialtilpassede hjælpemidler i borgerens hjem, udlånt fra Odense Kommune, skal være mulighed for, at Odense Universitetssygehus kan få hjælpemidlerne bragt til sengeafdelingen, hvor borger er indlagt. Der tænkes her på specielt tilpassede kørestole, specialfremstillede XXL produkter.

Odense Universitetssygehus betaler alene for transporten af produkterne til og fra sygehuset.

Odense Kommune foretager en årlig opfølgning på baggrund af en statistik omfattende registrering af transporter udført af Odense Kommunes transportører.

Med baggrund i denne statistik fremsender Odense Kommune en kvartalsvis opgørelse.

Betalingen udgør den til enhver tid gældende takst for Odense Kommunes Hjælpemiddeldepot i henhold til kontrakt med transportør.

Statistikken kan endvidere efterfølgende være til brug for gensidig dialog mellem Odense Kommune og OUH Odense Universitetshospital.

Ordningen kan opsiges med tre måneders varsel af begge parter til den første i en måned.

Den involverede forvaltning i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen, og Aktivitet og Træning i Sundhed er kontakt afdeling.

Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Servicecenter OUH, Rehabiliteringsafdelingen, Udlånsdepotet.

Grundaftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

1. Overordnede målsætninger for forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Det overordnede mål med forebyggelse og sundhedsfremme er at sikre, at borgere og patienter i Region Syddanmark med et behov for forebyggelse tilbydes en systematisk, sammenhængende og koordineret indsats. Borgere og patienter skal i kontakten med både kommune, almen praksis og sygehus opleve, at deres behov og motivation for forebyggende indsatser vurderes individuelt og under hensynstagen til personens sociale baggrund og levevilkår.

Sygehus og kommune har et fælles ansvar for udvikling og sikring af kvalitetssikrede og sammenhængende forebyggelsesindsatser, herunder patientuddannelses- og rehabiliteringsforløb, for at patienten/borgeren oplever en glidende og veltilrettelagt overgang mellem sektorer. Parterne tilstræber, at tilbuddene er evidensbaserede eller bygger på best practice.

Sundhedsaftalen skal således bidrage til at styrke samarbejdet på forebyggelsesområdet mellem kommune, almen praksis og sygehuse så der sikres sammenhæng mellem de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på tværs af sektorer. Herudover skal sundhedsaftalen sikre dialog og koordinering mellem parterne og med borgeren/patienten, så denne bliver i stand til at udøve egenomsorg og aktivt tage del i eget forløb.

Målsætningen for udviklingen af den kommunale forebyggelsesindsats i aftaleperioden er, at alle kommuner i regionen har gruppebaserede tilbud, der indeholder livsstilsintervention med udgangspunkt i KRAM-faktorerne. Tilbuddene kan både have til formål at forebygge at sygdom opstår og forebygge forværringer af sygdom. Fastlæggelse af kapacitet og dimensionering beror på lokale prioriteringer.

Målsætningen for udviklingen af den regionale forebyggelsesindsats er, at alle sygehusenheder systematisk tilbyder specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse til personer med kronisk sygdom som led i behandlingen.

2. Arbejdsdeling

Kommunen har ansvaret for at skabe rammer for, at borgerne kan leve sundt og for at varetage den patientrettede forebyggelse i samarbejde med regionen. Den kommunale forebyggelsesopgave varetages med udgangspunkt i borgerens sundhedstilstand, livsstil og levevilkår.

Region Syddanmark har ansvaret for patientrettet forebyggelse i tilknytning til patientbehandlingen i almen praksis og på sygehus. Forebyggelsesopgaven omfatter både tilbud i relation til den konkrete behandling og tilbud med udgangspunkt i patientens samlede helbredstilstand, livsstil og levevilkår.

Kommunen har i den patientrettede forebyggelse ansvaret for de forebyggende tilbud, der ikke foregår i tilknytning til patientbehandlingen i det regionale sundhedsvæsen, med det formål at medvirke til at skabe sammenhængende patientforløb.

Herudover har regionen ansvaret for at rådgive kommunerne i forhold til kommunernes samlede forebyggelsesindsats såvel borgerrettet som patientrettet.

Som et led i Strategien for personer med kronisk sygdom er der udarbejdet patientforløbsprogrammer, som er afsæt for udviklingen af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Der er i tværsektorielt regi udarbejdet patientforløbsprogrammer for kronisk hjertesygdom, type 2-diabetes, KOL og rygområdet.

Udviklingen af patientforløbsprogrammer relaterer sig til grundaftale om indsats for personer med kronisk sygdom. Sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser indgår i patientforløbsprogrammerne.

Arbejdsdelingen for den forebyggende indsats i relation til konkrete diagnoser er generelt beskrevet i de foreliggende patientforløbsprogrammer. De konkrete tværfaglige og tværsektorielle kronikerforløb og rehabiliteringsindsatser aftales i de lokale samordningsfora som kommunespecifikke eller fællesspecifikke aktiviteter og er indarbejdet i de specifikke sundhedsaftaler.

3. Den kommunale forebyggelsesopgave

Kommunen er i kontakten med borgeren opmærksom på risikofaktorer og adfærd, der kan indikere en uhensigtsmæssig udvikling af borgerens sundheds-/sygdomstilstand – også selv om borgerkontakten måske handler om noget helt andet. Dette sker som led i de øvrige kommunale opgaver på bl.a. ældre-, sundheds- og beskæftigelsesområdet.

Kommunen bidrager således til identificering af modificerbare risikofaktorer og borgerens motivation for livsstilsændring og kan på den måde være med til at gribe ind, inden sygdommen udvikler sig yderligere – bl.a. med forebyggende tilbud.

Livsstilsintervention (forebyggelsestilbud)

Kommunen har ansvaret for at etablere gruppebaserede interventioner til støtte til livsstilsændringer med udgangspunkt i risikofaktorerne og personens evne til egenomsorg. Udover gruppebaserede tilbud kan kommunen tilbyde individuelle tilbud for de borgere, som ikke kan deltage i gruppebaserede tilbud. Fastlæggelse af kapacitet og dimensionering afhænger af lokale prioriteringer.

Opfølgning og fastholdelsestilbud

Kommunen er ansvarlig for at følge op på de patienter, der har været igennem et kommunalt forebyggelsesforløb eller er visiteret til andre kommunale ydelser. Det vil i særlig grad gælde patienter med ringe egenomsorgsevne. Opgaven kan eventuelt varetages i samarbejde med patientforeninger, frivillige organisationer, almen praksis osv.

Patientuddannelse

Det er kommunernes ansvar at tilbyde almen patientuddannelse, der både kan være sygdomsspecifik og gå på tværs af diagnoser. Patientuddannelsen i kommunerne kan tage udgangspunkt i princippet om at "patient underviser patient", eller undervisningen kan varetages af sundhedsprofessionelle. Organisering og metode afhænger af lokale forhold og prioriteringer.

Forebyggelse og patientuddannelse kan indgå som led i et samlet rehabiliteringsforløb.

VisInfoSyd

Kommunerne beskriver deres forebyggende tilbud i form af livsstilsintervention samt patientuddannelses-, rehabiliterings- og genoptræningstilbud i VisInfoSyd, således at praktiserende læger og sygehusafdelinger kan orientere sig om, hvilke tilbud der kan tilbydes patienterne. De kommunale sundhedsområder er ansvarlige for at holde informationen opdateret.

4. Den regionale forebyggelsesopgave

Almen praksis og sygehuse vurderer i forbindelse med patientbehandlingen patientens behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientuddannelse. Behovet udredes af den behandlende lægefaglige ekspertise ud fra relevant faglig evidens, tilgængelig viden og bedste praksis. Vurderingen sker på grundlag af en systematisk identificering af risikofaktorer samt patientens sundhedstilstand.

Ved identificering af patienter med behov for forebyggende tilbud i forhold til risikofaktorer understøttes patientens motivation for livsstilsændring, og patienten henvises ud fra en lægefaglig vurdering til forebyggende tilbud i almen praksis eller kommunalt regi forudsat kommunen har bekendtgjort og beskrevet et tilbud på VisInfoSyd. Tilbuddene kan tillige varetages af patientforeninger mv.

4.1 Forebyggelsesopgaven i almen praksis

De primære forebyggelsesopgaver for almen praksis er identificering af risikofaktorer, tidlig opsporing, vurdering af om patienten kan drage fordel af forebyggelsestilbud og evt. henvisning til kommunale forebyggelsestilbud. Herudover har almen praksis ved både praktiserende læge eller praksispersonale mulighed for at varetage konkrete forebyggende interventioner ved anvendelse af ydelsen "Aftalt forebyggelseskonsultation" (ydelse 0106).

Almen praksis som tovholder for personer med kronisk sygdom

Almen praksis skal i indsatsen for personer med kronisk sygdom fungere som tovholder for patienten vedrørende behandling og forebyggelsestilbud af såvel sygdomsspecifik som mere generel karakter og således sikre sammenhæng mellem disse tiltag. For den sårbare patient spiller alment praktiserende læge en særlig rolle og det er afgørende, at almen praksis varetager tovholderfunktionen i et tæt samarbejde med kommune og sygehus.

Identificering af risikofaktorer

Almen praksis skal i patientkontakten være opmærksom på patientens livsstil og vurdere behovet for forebyggelse. Ved et konstateret behov for forebyggende indsats skal almen praksis, med det formål at mindske risikoen for at sygdom opstår, understøtte patientens motivation til livsstilsændringer samt tilbyde at henvise til forebyggende tilbud i kommunen og/eller iværksætte konkret livsstilsintervention i praksis, hvis patienten kan drage nytte heraf.

Tidlig opsporing

Ansaret for tidlig opsporing ligger hos almen praksis og formålet er at finde kliniske risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst muligt. Ved behov iværksætter lægen i samarbejde med patienten en forebyggende indsats, der både kan indeholde rådgivning om og støtte til livsstilsforandringer samt relevant medicinsk behandling.

Livsstilsintervention

Almen praksis kan som led i patientbehandlingen tilbyde patienten individuelt baseret rådgivning og vejledning vedrørende risikofaktorer, egenomsorg og livsstilsændring. Opgaven varetages gennem anvendelse af ydelsen aftalt forebyggelseskonsultation. Region Syddanmark understøtter etableringen af uddannelsestilbud til praksispersonalet med henblik på gennemførelse af livsstilsinterventioner.

Patientuddannelse og rehabilitering

Vurderer almen praksis, at patienten har behov for forebyggende tilbud i form af patientuddannelse og/eller rehabilitering henvises patienten til relevant tilbud i sygehusregi eller eventuelle tilbud i kommunalt regi. Henvisningen sker ud fra en individuel vurdering. Almen praksis vurderer også patientens behov for

opfølgning og fastholdelse efter patientrettet forebyggelse og kan på baggrund heraf iværksætte tilbud og/eller henvise til kommunale tilbud.

Henvisning

Rammer og procedure for henvisning til kommunale forebyggende tilbud er beskrevet under afsnit 5.

4.2 Forebyggelsesopgaven på sygehus

De grundlæggende forebyggelsesopgaver for sygehuset er at integrere forebyggelse i behandlingsforløbene og understøtte et sundhedsfremmende behandlingsmiljø. Det omfatter identificering af risikofaktorer, tidlig opsporing, præoperativ intervention, der er en del af sygehusbehandlingen, specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse samt at sikre henvisning til kommunale forebyggelsestilbud.

Region Syddanmark igangsætter en kortlægning af evidens for præoperativ intervention som en del af behandlingen. Kortlægningen skal analysere behov og mulighed for præoperativ intervention for relevante patientkategorier.

Sygehusene udarbejder i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel en forebyggelsespolitik, der fastlægger rammerne for sygehusets arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelsespolitikken indeholder bl.a. sygehusets overordnede mål for indsatsen og angivelse af særligt prioriterede indsatsområder.

Identificering af risikofaktorer og tidlig opsporing

Sygehuset skal i patientkontakten vurdere patientens sundhedsmæssige risiko på grundlag af livsstilsfaktorer samt arvelige, sociale og miljømæssige forhold. Sygehuset vurderer på baggrund heraf patientens behov for forebyggende indsats.

Ved et konstateret behov for forebyggende indsats skal sygehuset understøtte patientens motivation for livsstilsændringer og informere patienten om muligheder for tidlig intervention. For indlagte patienter kan sygehuset integrere relevante forebyggende indsatser i tilknytning til den behandling, der gives under indlæggelsen. Ved udskrivning genvurderes behovet for forebyggende indsats, et evt. behov beskrives i forløbsplanen og epikrisen og sygehuset kan evt. henvise til forebyggende tilbud i almen praksis og kommunen jfr. afsnit 5.

Henvisning til kommunale forebyggende tilbud

Rammer og procedure for henvisning til kommunale forebyggende tilbud er beskrevet i afsnit 5.

Patientuddannelse og rehabilitering

Det er sygehusenes ansvar at tilbyde specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse. Specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse foregår i tilknytning til patientbehandlingen, og skal kodes med SKS-koder for forebyggelse.

Specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse tilbydes når:

- medvirken eller viden på specialistniveau er påkrævet i patientuddannelsen,
- sikkerhedsmæssige hensyn kræver tilstedeværelse af sygehusudstyr eller kliniske støttefunktioner i patientuddannelsen eller hvor
- komplikationer, i forbindelse med operation, behandling mv. mindskes betydeligt.

Sygehuset varetager de elementer af patientuddannelses- og rehabiliteringsforløb, hvor betingelserne for specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse er opfyldt.

Indsats for den sårbare patient

Patienter med kompleks sygdom og ringe egenomsorgsevne bør støttes i at gennemføre patientuddannelsesforløbet og ved behov tilbydes ekstra individuelle samtaler ligesom det eventuelle træningsforløb eller dele af det kan gennemføres individuelt. Herudover understøtter sygehuset patienten i overgangen mellem sektorer. Opgaven kan varetages af patientens kontaktperson eller en forløbskoordinator.

Region og kommuner iværksætter et fælles kortlægningsarbejde med sigte på forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse jf. grundaftale om indsatsen for mennesker med en sindslidelse, pkt. 11.

Overblik over patientuddannelsesstilbud på regionens sygehuse

Sygehusene beskriver og bekendtgør specialiserede sygdomsspecifikke patientuddannelsesstilbud på VisInfoSyd.

Sygehusene bygger patientuddannelsesstilbuddene på foreliggende nationale retningslinjer og tilstræber dermed, at patienter tilbydes ensartede sygdomsspecifikke patientuddannelsesstilbud på regionens sygehuse, uafhængigt af bopælskommune og tilhørende sygehustilknytning.

5. Dialog, samarbejde og koordinering mellem parterne*Dialog, samarbejde og koordinering af sygdomsspecifik patientuddannelse*

Koordineringen af det tværsektorielle samarbejde om sygdomsspecifik patientuddannelse aftales lokalt via det lokale samordningsforum samt gennem samarbejde med de praktiserende læger i den enkelte kommune, herunder den kommunale praksiskonsulent.

Kapacitetstilpasning

Den myndighed, der har ansvaret i forhold til aftalt opgavefordeling sørger for den nødvendige kapacitet. Koordineringen af kapaciteten, herunder kapacitetstilpasninger, drøftes i de lokale samordningsfora og sker med udgangspunkt i eksisterende faglig viden samt lokale sundhedspolitikker og prioriteringer.

VisInfoSyd – et sundhedsfagligt informationssystem

VisInfoSyd anvendes som et fælles sundhedsinformationssystem om forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. VisInfoSyd indeholder informationer om tilbud inden for den borger- og patientrettede forebyggelse, information om sundhedscentre m.v. Det giver den behandlende læge et overblik over, hvilke tilbud den enkelte kommune efter modtagelsen af en henvisning har mulighed for at visitere til, og det giver kommunen og almen praksis overblik over sygehusenes patientuddannelsesstilbud.

Kategoriseringen af informationerne vil være inddelt i de otte folkesygdomme, KRAM-faktorerne, patientuddannelse, stress, misbrug, rådgivning (kontaktperson) og andet. De konkrete forebyggelsesindsatser beskrives i forhold til indhold, målgruppe, henvisningskriterier, deltageromkostninger, tid og sted samt kontaktoplysninger.

Samarbejde om patientuddannelsesstilbud

Kommune og region har et fælles ansvar for udvikling og sikring af kvalitetssikrede og sammenhængende patientuddannelses-/rehabiliteringstilbud.

I patientuddannelser indgår specifik viden om den givne sygdom og dennes behandling, og generel viden om sundhedsfremme og forebyggelse. Da det er hensigtsmæssigt, at patienten oplever et sammenhængende forløb udarbejdes en beskrivelse af indsatsen i samarbejde mellem de relevante aktører eventuelt ud fra en samarbejdsmodel

Procedure for henvisning til kommunens forebyggende tilbud

I tilfælde af at patienten skal fortsætte i et kommunalt forebyggende tilbud skrives en henvisning.

Henvisningen udløser en handlepligt for kommunen, men foregriber ikke kommunens visitationsmyndighed og selvstændige fastlæggelse af omfang og service, herunder indhold form og kapacitet, i sine tilbud.

1. Alment praktiserende læger kan henvise patienter til forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud, som patientens hjemkommune stiller til rådighed for borgerne. I forbindelse med udskrivelse af patienten vil sygehuset anføre behovet for forebyggelse i epikrisen til den praktiserende læge. Sygehuset kan dog også selv henvise til tilbud i kommunalt regi efter nedenstående procedure. Ved henvisning til kommunale tilbud skal patientens samtykke sikres.
2. Henvisning sker på baggrund af en lægefaglig vurdering – eller en vurdering på lægeligt ansvar – af patientens behov og motivation for forebyggelse og sundhedsfremme, foretaget på basis af relevant faglig evidens, tilgængelig viden og bedste praksis.
3. Henvisning forudsætter at tilbuddet er bekendtgjort og beskrevet i VisInfoSyd.
4. Lægen er forpligtet til at orientere sig om indholdet i kommunens aktuelle tilbud med henblik på at sikre sammenhæng i forløbet og at optimere patientinformationen.
5. Henvisningen er generisk, dvs. at den henvisende part beskriver patientens problemstilling og behov. Det er herefter op til vedkommende kommune at visitere borgeren til et konkret tilbud, evt. en visitationssamtale.
6. I henvisningen beskrives henvisningsårsag/problemstilling, hvilket behov tilbuddet rettes mod, øvrige relevante forhold vedr. patientens samlede forløb samt patientens motivation og egenomsorgskapacitet.
7. Når kommunen visiterer patienten til et tilbud informeres patientens egen læge om tid og sted for påbegyndelse af forebyggelsestilbuddet. Hvis det er muligt foregår kommunikationen elektronisk.
8. Når forløbet er afsluttet sender kommunen med patientens samtykke orientering til patientens alment praktiserende læge med slutstatus.

Ved overgangen mellem sektorer er både kommunerne og Region Syddanmark forpligtiget til rettidigt at informere om indsatsbehovet og efterfølgende om patientens status efter forløbet.

Der gennemføres generel udbredelse af elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fra lægepraksis og sygehusafdelinger, således at henvisninger sendes i MedCom-standard for elektroniske henvisninger til kommunen. Indtil elektronisk henvisning er muligt anvendes LÆ165 (forslag om socialmedicinsk sagsbehandling) som henvisningsblanket.

6. Region Syddanmarks rådgivning til kommunerne

Region Syddanmark tilbyder kommunerne i regionen rådgivning om deres forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats inden for de rammer, der gives af Sundhedslovens § 119, stk. 3 samt Sundhedsstyrelsens publikation "Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3". Rådgivningen vedrører således hele den kommunale forebyggelsesindsats, det vil sige både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter på både det psykiatriske og det somatiske område.

Rådgivningstilbuddet bygger på en strategi, der er udarbejdet i fællesskab mellem regionen og kommunerne. Strategien indgår som bilag til grundaftalen.

Et væsentligt element i strategien er, at rådgivningen både er efterspørgsels- og udbudsstyret, og at regionen tilrettelægger rådgivningstilbuddet under hensyn til kommunale behov. De overordnede mål for rådgivningen er:

1. At bidrage til at understøtte god planlægning og praksis inden for borger- og patientrettet forebyggelse i kommunerne i Region Syddanmark
2. At udvikle samspillet mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen om den patientrettede forebyggelse

Som et delmål skal rådgivningen bidrage til, at kommunerne har den bedst tilgængelige viden til rådighed. Regionen ønsker derfor i rådgivningsfunktionen at bidrage til at producere ny viden samt at sprede viden – særligt om metoder i forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet samt viden om indsatsers effekt, organisering og implementering. Regionen prioriterer derfor større, tværkommunale udviklings- og forskningsprojekter samt et tæt samarbejde med forskningsinstitutioner som et element i rådgivningen.

Et centralt princip er, at flest mulige kommuner skal få gavn af rådgivningsaktiviteterne. Kommunerne kan – afhængig af egne prioriteringer – tage imod rådgivningstilbuddet i større eller mindre grad inden for forskellige temaer og kan altså deltage med forskelligt ressourceforbrug. Således vil der være aktiviteter, hvor regionen og nogle få kommuner arbejder tæt sammen, og hvor regionen efterfølgende tilbyder øvrige kommuner formidling af den viden, aktiviteten har genereret.

Region Syddanmark prioriterer særligt rådgivning inden for den regionale sundhedsprofil "Hvordan har du det?" samt temaerne patientrettet forebyggelse, fysisk aktivitet, mental sundhed samt hygiejne. Region Syddanmark tilbyder desuden rådgivning i forlængelse af igangværende udviklings- og forskningsprojekter samt om andre temaer efter den enkelte kommunes behov og efter nærmere aftale.

Det er vederlagsfrit for kommunerne at benytte rådgivningen. Der forekommer dog deltagerbetaling f.eks. i forbindelse med kompetenceudvikling og seminarer med overnatning. Medvirken i udviklings- og forskningsprojekter kræver desuden medfinansiering. Omfanget af rådgivningen fastlægges i henhold til regionens serviceniveau.

Midtvejs i sundhedsaftaleperioden forelægger Region Syddanmark Det Administrative Kontaktforum en kort evaluering af rådgivningstilbuddet med henblik på en eventuel justering af temaer. Sidst i perioden udarbejder regionen en evaluering af rådgivningstilbuddet til Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget som forberedelse til en ny grundaftaletekst og en revideret strategi for den følgende sundhedsaftaleperiode.

7. Sundhedsprofiler

Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, samt Finansministeriet har den 23. januar 2009 indgået aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner. Region Syddanmark samarbejder med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og kommunerne i regionen om gennemførelse af sundhedsprofilundersøgelsen. Data indsamles og analyseres i 2010, og Region Syddanmark formidler i 2011 resultaterne til kommunerne i regionen som en del af sin rådgivningsfunktion.

8. Dialog med borgeren / patienten

Den enkelte kommune tilrettelægger efter lokale forhold og prioriteringer en kommunikation, der via forskellige typer af medier sikrer, at kommunens aktuelle patientrettede forebyggelsestilbud formidles til borgere/patienter, herunder borgere/patienter uden adgang til it-systemer. Informationer om konkrete indsatser skal bl.a. indeholde kontaktoplysninger i forhold til tilbuddet. Der henvises til kommunespecifikke aftaler for konkret beskrivelse af den enkelte kommunes kommunikation.

Sundhedsprofessionelle kan af informationerne i VisInfoSyd udskrive relevante dele til borgere og patienter.

9. Indsatser målrettet særlige målgrupper

Personer med kronisk sygdom

Kommune og region har et fælles ansvar for i kontakten med borgeren/patienten at være opmærksom på risikofaktorer og symptomer på sygdom med henblik på sikre en tidlig opsporing og igangsættelse af relevante initiativer så tidligt i sygdomsforløbet som muligt. Det omfatter:

- At identificere eventuelle kronisk syge og den enkeltes behov for patientrettet forebyggelsestilbud
- At formidle information om relevante og tilgængelige forebyggelsestilbud til borgeren/patienten med udgangspunkt i oplysninger på VisInfoSyd
- At forestå formidling af nødvendige patientinformationer til de relevante sundhedsprofessionelle.

For regionen vil identificeringen omhandle tidlig opsporing, diagnosticering og opsporing af sygdomsudvikling. For kommunerne vil opgaven primært være knyttet til identificering af risikofaktorer og symptomer samt udvikling og forandring i sygdomskompleksiteten.

Personer med sindslidelser

Det Administrative Kontaktforum har igangsat et udredningsarbejde, der skal kortlægge omfanget af livsstilsproblematikker hos personer med sindslidelser med henblik på igangsætning af konkret og fokuseret forebyggende indsats jf. afsnit 11 i aftalen om indsatsen for mennesker med sindslidelser.

10. Udvikling og forskning inden for patientrettet forebyggelse

De foreløbige erfaringer med patientuddannelser viser, at der er behov for en videreudvikling af patientuddannelserne. Målet er at skabe et evidensbaseret grundlag for patientuddannelsernes effekt, dokumentation, virkningsmekanismer, sundhedspædagogiske metoder, undervisernes kompetencer, målgrupper, organisering og indholdet i uddannelserne. Der er derfor behov for tværvideenskabelig forskning inden for patientuddannelse på ovennævnte områder⁶.

På denne baggrund ønsker parterne at udvikle kronikerområdet gennem udviklingsprojekter, der tager udgangspunkt i patientforløbsprogrammerne på kronikerområderne.

Udviklingsprojekterne er frivillige, men deltagende kommuner forpligter sig til at videndele med de øvrige kommuner i regionen. Formålet med udviklingsprojekterne er at tilvejebringe mere viden om, hvilke forebyggelsesindsatser der virker.

I denne aftaleperiode iværksættes med støtte fra ministeriets pulje til en forstærket indsats for personer med kronisk sygdom to større udviklingsprojekter inden for patientrettet forebyggelse.

⁶ Patientuddannelse – En Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2009

11. Forsknings- og udviklingsprojekter

Region Syddanmark og én eller flere kommuner kan indgå aftale om udviklings- og forskningsprojekter på forebyggelsesområdet. Sådanne aftaler indebærer, at parterne er forpligtede til at formidle resultater og videndele med øvrige relevante parter.

Sygehusspecifikke aftaler mellem de fynske kommuner og OUH Odense Universitetshospital – Svendborg Sygehus

Samarbejde vedr. borgere med alkohol eller stofmisbrug

Den Danske Kvalitetsmodel angiver en række områder, hvor det kræves at sygehuset beskriver sin aktivitet. Et af områderne vedrører indsats og tilbud i forhold til patienter, hvis livsstil har væsentlig negativ betydning for deres helbred. Sygehuset skal således blandt andet beskrive hvordan personalet opsporer og handler i forhold til patienter med et misbrug af alkohol. Der skal senest i 2011 indgås aftale om hvordan evt. henvisning og samarbejde med kommunale alkoholbehandlingscentre bør foregå.

Ulykkesregistrering

Med henblik på at skabe mulighed for at kunne planlægge målrettede ulykkesforebyggende tiltag i kommuner og i Vejdirektoratet indsamler OUH data vedrørende de ulykker der foranlediger skadestuebehandling på Fyn (OUH).

Der indgås aftale med de kommuner som ønsker det, om at OUH leverer data vedr. ulykker som indtræffer i kommunen og behandles på skadestue i OUH. Rutinetabeller offentliggøres løbende (www.uag.dk), mens særlige opgørelser og udtræk forudsætter finansiering fra kommunerne.

Faldforebyggelse

På baggrund af udarbejdet HMTV om fald igangsættes et tværsektorielt samarbejde mellem OUH og de kommuner under Samordningsforum Fyn, der ønsker det, om at udarbejde en handleplan til forebyggelse af fald hos ældre borgere.

Servicering af kommuner på området infektionshygiejne

Der indgås aftale med de kommuner der måtte ønske det, om at servicere på området infektionshygiejne. Hensigten er at forebygge og begrænse spredning af smitsomme sygdomme. Det vil sige forebyggende hygiejnemæssige tiltag – *inden* en smitsom tilstand optræder og smitteopsporing og smitte begrænsende tiltag, *når* en smitsom tilstand optræder i kommunens institutioner. OUH kan – såfremt et vist antal kommuner på Fyn tilslutter sig, tilbyde disse ydelser til ca. kr. 2,40 pr borger. En oversigt over kommuner som forventer at deltage fremgår af bilag D.

KRAM

OUH vil formidle behov og motivation for egenindsats vedr. KRAM faktorerne til egne læge via epikrisen, eventuelt også via forløbsplanen til kommunen for de 5-8% af patientforløbene, der afsluttes med en sådan. OUH vil i løbet af aftaleperioden formidle oplysning vedr. kost, motion, alkohol- og rygevaner samt oplysning om patientens aktuelle motivation for livsstilsændring i epikrisen.

Kommunespecifik aftale for Odense Kommune

Samarbejde om seksuel sundhed i Præventionsklinikken

Odense Kommune driver Præventionsklinikken, Præventionsklinikken er et tilbud om oplysning og rådgivning i seksuel sundhed - med særligt fokus på unge under 25 år. Klinikken tilbyder sex-undervisning for skoleklasser og andre grupper af unge samt individuel rådgivning for unge med hensyn til seksualitet, præventionsmidler, graviditetsmistanke og sexsygdomme.

Region Syddanmark finansierer undersøgelse og behandling, der foretages i Præventionsklinikken, og som regionen ellers ville have ansvar for at udføre. Det drejer sig om:

- P-stave operationer
- Klamydiatests
- Spiralopsætning
- Undersøgelser for kønssygdomme

Til ovennævnte skal tillægges en konsultation og gynækologisk undersøgelse for hvert indgreb.

Der følges overordnet op på samarbejdet om seksuel sundhed i Det lokale Samordningsforum, og derudover følges der løbende op på samarbejdet mellem Præventionsklinikken og Odense Universitetshospitals ansatte i Præventionsklinikken.

Astmaskole for 7-14 årige

For at sikre at den forebyggende og behandlende indsats til astmabørnene bliver samlet i ét tilbud, har Børneafdelingen på Odense Universitetshospital og Børn- og Ungeforvaltningen i Odense Kommune indgået et samarbejde om at etablere en astmaskole for de 7-14-årige børn og unge. Odense Kommune skal drive astmaskolen. Allergisygeplejersker fra Børneambulatoriet på Odense Universitetshospital og sundhedsplejersker og børn- og ungelæger fra Den Kommunale Sundhedstjeneste, står for undervisningen. Børneambulatoriet står for undervisningen i astma og astmabehandling, mens Odense Kommune sikrer undervisning om sammenhængen mellem astma og udøvelsen af fysisk aktivitet. Desuden vil Odense Kommune lønne Idrætsstuderende fra Syddansk Universitet til at indgå i teamet.

Formålet med Astmaskolen er at give børn med astma et sammenhængende tilbud og en forståelse for sygdommen og den medicin, de får i dagligdagen, så de får mulighed for at leve et så normalt og aktivt liv som muligt.

Målgruppen er børn med astma i medicinsk behandling. Børnene kan henvises til Astmaskolen af de praktiserende læger, speciallæger på børneafdelingen samt af sundhedsplejersker og børn- og ungelæger i Den Kommunale Sundhedstjeneste.

Der foretages evaluering på individniveau, og når der har været 100 børn igennem et forløb gøres resultaterne op, med det formål at finde frem til om tilbudet skal fortsætte.

Tilbud udbydes af Børn- og Ungeforvaltningen i samarbejde med H.C. Andersens Børnehospital, OUH Odense Universitetshospital.

Information om Astmaskolen gives på Børneafdelingen OUH, praktiserende læger og Sundhedstjenesten.

Oplysninger om Astmaskolen findes på Vis-Info Syd.

Forældrene anmodes om at henvende sig til sekretariat for Sundhed og Handicap, Odense Kommune, hvis de ønsker optagelse på et hold på Astmaskolen.

Involverede forvaltninger og kontakt i Odense Kommune: Børn- og Ungeforvaltningen, børn- og ungeoverlægen.

Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: H.C. Andersens Børnehospital.

Stofmisbrugere indskrevet i behandling i Rusmiddelcentret Odense

Rusmiddel centeret foretager screening for hepatitis A, B og C ved indskrivning, herefter en gang årligt.

Rusmiddel centeret foretager vaccination imod hepatitis A og B

Behandling for kronisk hepatitis foregår, som led i et forsøg, som ambulant behandling i Rusmiddelcentret i samarbejde med læger fra infektionsmedicinsk afdeling OUH, der udreder for hepatitis og ordinerer behandling som gives via personale i RUS

Ved fund af somatisk eller psykisk sygdom henvises til relevant udredning og behandling. Henvisning sker via rusmiddelcentret i forbindelse med indskrivning i behandling.

Samarbejde med indvandrermedicinsk klinik.

En del indvandrere har fortsat sparsom indsigt i det danske sundhedsvæsen og har erfaringsmæssigt vanskeligt ved at få sundhedspersonalet til at forstå deres sygdomsklager. Resultatet er at en del indvandrerpatienter sendes rundt i sundhedsvæsenet med unødige undersøgelser og forsinkelser til følge. I kommunerne ses lignende forhold, idet også det sociale system har vanskeligt ved at adskille sociale og helbredsmæssige faktorer. Dertil kommer at der ofte er sproglige, sociale og økonomiske forhold der hindrer hensigtsmæssige udrednings og behandlingsforløb, hvorfor socialrådgivning, formidling og tolkning bliver en nødvendig del af sygehusets håndtering af denne gruppe patienter.

Med Indvandrermedicinsk klinik ønsker OUH at styrke sygehusets håndtering af indvandrerpatienter lige fra tiden, før de bliver indlagt til eventuel viderebehandling hos egen læge eller i kommunen samt at styrke den eksisterende samarbejdsmodel, hvor forløbene fremstår som en helhed med hensyntagen til såvel sociale og sundhedsmæssige aspekter. Klinikken tilbyder undervisning af socialt og sundhedsfagligt personale i etniske minoriteters sundhed samt undervisning i lokalsamfundet omkring etnisk minoriteters sundhed, sundhedsvæsenets opbygning og forebyggelse.

Sundhedscenter Vollsmose (Socialcentret i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltning) arbejder tæt sammen med Indvandrermedicinsk Klinik i relation til forløbskoordination af særligt udsatte borgere i Odense, der har brug for en særlig støtte.

Henvisning til Indvandrermedicinsk Klinik foregår primært via praktiserende læge. I særlige tilfælde kan Sundhedscenter Vollsmose henvise til Indvandrermedicinsk Klinik og med kopi til praktiserende læge.

Kontakt i Odense Kommune: SundhedsCenter Vollsmose.

Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Infektionsmedicinsk Afdeling Q."

Fælles projekter

Astma/allergi

Indeklima og sundhed.

"Indeklima og børns sundhed" er en igangværende videnskabeligt undersøgelse.

Formålet er at belyse betydningen af indeklima og hygiejne for børns sundhed og trivsel.

Alle fynske forældre med børn i alderen et til fem år har i 2008 fået tilsendt et spørgeskema omkring deres barns sundhedstilstand og det indeklima barnet eksponeres for i henholdsvis hjem og daginstitution. Der indkom 11.400 svar i undersøgelsen. Der er ud af disse efterfølgende udvalgt en gruppe på 500 børn i alderen 3-5 år, bosiddende i Odense kommune (efter case/base metoden). Disse børn er undersøgt klinisk bl.a. med fokus på allergi, ligesom indeklimaet i deres hjem har undergået inspektion og målinger.

Indeklimaet i daginstitutionerne i Odense kommune er ligeledes undersøgt ved målinger og inspektion og der pågår løbende registrering af fravær grundet sygdom hos alle børnene i de samme institutioner. Alle data samles i en fælles database og der analyseres løbende for at afdække mulige faktorer, der kan påvirke børnenes sundhedstilstand. Publicering vil primært foregå i relevante videnskabelige tidsskrifter, Der er til projektet aktuelt tilknyttet en P.hd. studerende.

Undersøgelsen foregår i samarbejde mellem: H.C. Andersens Børnehospital på OUH, Odense kommune og DTU.

Ansvarlig kontaktperson er ledende overlæge på H. C. Andersens Børnehospital, OUH Odense Universitetshospital.

Odense Børnekoorte

Odense Kommune, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet er gået sammen om finde svar på nogle af de spørgsmål, som optager både børnefamilier og lægevidenskaben. Målet er at skaffe ny viden om børns sundhed og sygdom, og hvordan vi bedst forebygger visse sygdomme hos børn.

Fra januar 2010 og to år frem vil alle gravide i Odense Kommune få tilbud om at deltage i "Odense Børnekoorte", som forskningsprojektet hedder. Projektets mål, er at følge 4000 børn fra fosterstadiet til de fylder 18 år.

For forældrene vil en deltagelse betyde, at de får et grundigt indblik i deres barns sundhed gennem hele opvæksten. Oveni det får de også en ekstraordinær mulighed for at deres barns udvikling følges grundigt. Hvis man undervejs opdager sygdomme eller særlige behov hos barnet, vil der derfor blive tilbudt yderligere undersøgelser og eventuelt behandling.

Gennem projektet undersøges både fysiske, psykiske, sociale og miljømæssige forhold, som kan have betydning for børns sundhed. De fleste undersøgelser i projektet vil ske i kombination med de undersøgelser, som man i forvejen går til hos jordmoder, sundhedsplejersken eller egen læge.

Sundhed er en absolut kerneopgave for kommunerne. Projektet kan derfor give en unik mulighed for at få mere viden om børns sundhed – eller mangel på samme. Og den viden skal bruges til at målrette de mange sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som allerede findes.

Der har tidligere været gennemført kohorteundersøgelser i Danmark, men det er første gang, der etableres en undersøgelse med så langsigtet et perspektiv og som samtidigt kobler sociale og biologiske data. Børnekoorten er finansieret af henholdsvis Odense Kommune, Odense Universitetshospital og Region Syddanmark.

Kontaktperson er: Projektkoordinator Henriette Boye Kyhl. Odense Børnekoorte
Pædiatrisk Forskningsenhed H.C. Andersen Børnehospital

Diabetesskole for borgere med anden etnisk baggrund end dansk, der ikke kan profitere af sygehusets tilbud om diabetesskole

Diabetesskolen i Vollsmose har i 2010 været finansieret af projektmidler. Skolen skal evalueres i efteråret 2010. Målgruppen for den kommunale diabetesskole er borgere med type 2 diabetes med arabisk, tyrkisk eller somalisk baggrund, der ikke forventes at kunne profitere og fastholdes i diabetesskoleforløb på OUH. Odense Kommune og OUH vil sammen forsøge at lave en overgangsordning indtil evaluering foreligger. Når evalueringen foreligger, skal der tages endelig stilling til en fortsættelse af diabetesskolen og samarbejdet. Det aftales nærmere hvordan finansieringen skal være i overgangen mellem projektafslutning og indtil evalueringen foreligger.

Indholdet baseres på sygehusets tilbud, men der tages højde for kulturelle, videnskabelige og sproglige forhold. Der vil blive undervist af sundhedsformidlere med arabisk, somalisk og tyrkisk baggrund samt af kommunale sygeplejersker med særlig viden om diabetes og sår. Desuden vil sundhedscentrets diætist medvirke.

Patienter kan henvises via sygehus eller praktiserende læge.

Involverede forvaltninger og kontakt i Odense Kommune: Sundhedscenter Vollsmose.
Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Kvalitetsafdelingen og Endokrinologisk Afdeling M i Odense.

Brugernes sundhedsvæsen – projekt PARIS

Patientens rejse i sundhedssektoren - projekt Paris projekt

Formålet med projektet er at skabe sammenhæng i patientforløbet gennem aktiv brugerinddragelse.

OUH Odense Universitetshospital har fået 5,8 mio. kr. Projektansøgningen er udarbejdet i et samarbejde mellem OUH Odense Universitetshospital, Mandag Morgen, SDU, DSI, en række patientforeninger og Odense Kommune.

Kronikerstrategien vedrørende patienter med diabetes, KOL- og hjertekarsygdomme medtænkes i projektet.

Involverede forvaltninger og kontakt i Odense Kommune: Ældre- og Handicapforvaltningen.
Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Afdelingen for Strategi og Innovation, Forsknings- og MTV afdelingen, Endokrinologisk afd. M, Hjertemedicinsk afd. B og Hæmatologisk afd.X.
Projektet er nu i en fase hvor de udviklede prototyper gøres klar til test, som foregår efter sommeren 2010.
Projektet afsluttes 1.8. 2011.
Kontaktperson: Projektleder Mette Møllerup, Forsknings- og MTV-afdelingen, Odense Universitetshospital

Rygestop

Nyere litteratur peger på, at rygestopindsatsen bør målgruppedifferentieres, på den måde at meget nikotinafhængige rygere tilbydes særlige behandlingsindsatser suppleret af sundhedspædagogiske tiltag. Således kunne der være forskel på, hvilke indsatser patienter kan profitere af.

I Udvalget for patientrettet forebyggelse og kronikerområdet igangsættes et samarbejde mellem Odense Kommune, almen praksis og OUH mhp. at beskrive veldokumenterede og effektive rygeafvænningsindsatser for både borgere og patienter, for hermed at kunne afdække og udvikle den mest hensigtsmæssige tværsektorielle organisering. Region Syddanmarks MTV-pulje har bevilget 250.000 kr. til gennemførelse af et litteraturstudium – en mini MTV -, hvorigennem der vil kunne tilvejebringes et beslutningsgrundlag for udvikling af effektive tværsektorielle rygestoptilbud. Mini-MTV'en vil være tilendebragt primo januar 2011, og udviklingsarbejdet igangsættes umiddelbart herefter.

Kontaktperson: Forebyggelseskonsulent Else-Marie Lønvig, Kvalitetsafdelingen, Odense Universitetshospital.

Grundaftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser

1. Overordnede mål og principper for indsatsen for mennesker med en sindslidelse

Formålet med den psykiatriske sundhedsaftale er at sikre rammerne for samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark, praksis og kommunen således, at mennesket med en sindslidelse sikres et koordineret og sammenhængende behandlingsforløb, hvor der ikke forekommer unødigt ventetid, og hvor tilbuddene er tilgængelige, dvs. at tilbuddene er synlige og lette at komme i kontakt med. Deraf følger, at opgaveansvaret og opgavefordelingen mellem region, praksis og kommuner skal synliggøres. For det enkelte menneske med en sindslidelse betyder det et effektivt behandlingstilbud på det mindst indgribende niveau, herunder når det er nødvendigt en tværfaglig og tværsektoriel indsats, hvor tiltagene støtter hinanden om fælles mål.

Grundlaget for sundhedsaftalen mellem kommunen, praksis og Region Syddanmark og andre parter er, at alle gældende aftaler fortsætter, medmindre andet beskrives i sundhedsaftalen.

De generelle samarbejdsaftaler er nævnt nedenfor og indgår som bilag til denne aftale.

Når der i teksten står "psykiatrisk afdeling" er såvel sengeafsnit som ambulante og lokalpsykiatriske tilbud inkluderet i betegnelsen.

2. Generelle principper for opgavefordeling mellem kommunen, praksis og regionen

2.1 Generel opgavefordeling

Generelt ligger ansvaret for at behandle mennesker med en sindslidelse i regionerne sammen med ansvaret for den øvrige del af sundhedsvæsenet. Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen og for den sociale indsats for mennesker med en sindslidelse.

2.2 De regionale opgaver

Regionen varetager behandlingen af mennesker med en sindslidelse ud fra sundhedsloven, psykiatriloven samt lov om regionernes finansiering. Målgruppen for den regionale behandlingspsykiatri er mennesker med de mest alvorlige sindslidelser: fx skizofreni og andre psykoser, alvorlige affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, komplicerede demenslidelser, alvorlige spiseforstyrrelser, oligofrenipsykiatri og specialiserede indsatser for traumatiserede flygtninge. For børn og unge er det fx: OCD, angsttilstande, psykiske lidelser forårsaget af misbrug, skizofreni affektive lidelser, spiseforstyrrelser, ADHD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser m.m. Som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når de er alvorligt psykisk syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at barnet eller den unge kan få tilstrækkelig hjælp hos den praktiserende læge eller kommunen. Behandlingen af alvorlige psykiske lidelser kan dog også foregå i praksissektoren. De alment praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger i psykiatri varetager den helt overvejende del af behandlingen af lettere psykiske lidelser.

Regionen sikrer og udfører opgaver vedrørende:

- Undersøgelse, observation, diagnostik, behandling og pleje af mennesker med sindslidelser.
- Observation, vurdering og handling i forhold til almentilstanden hos mennesket med en sindslidelse – herunder somatiske sygdomme.
- Koordinering af indsatsen i forhold til behandlingen, med henblik på en intern tværfaglig og tværsektoriel indsats i forhold til mennesket med en sindslidelse, f.eks. inddragelse af og samarbejde med praktiserende læge, socialpsykiatrien, m.v.

- Psykoedukation med henblik på sygdomserkendelse, sygdomsindsigt og mestring.
- Samarbejde med og information til familie og netværk om behandlingssituationen for mennesket med en sindslidelse i forhold til sygdommen, f.eks. gennem psykoedukation.
- Klarlæggelse af, på hvilken måde miljøet, som mennesket med en sindslidelse befinder sig i, kan påvirkes for at understøtte behandlingen af sindslidelsen.
- Børn, der har en nær relation til den sindslidende, herunder hvorvidt disse børn har brug for en særlig opmærksomhed.
- Retspsykiatri, herunder:
 - o Mentalundersøgelse – ambulant eller under indlæggelse – udføres efter kendelse i henhold til retsplejeloven. Det samme gælder varetægtsfængsling i surrogat. Anbringelse på psykiatrisk sygehus eller behandling under indlæggelse i medfør af administrativ frihedsberøvelse efter overlægens beslutning sker i henhold til dom efter straffeloven
 - o Behandling af indsatte i arresthuse og fængsler, som skal indlægges men ikke i henhold til dom
 - o Behandling af sædelighedskriminelle

Regionen varetager endvidere:

- Opgaver vedrørende sundhedsfremme og patientrettet forebyggelse, herunder selvmordsforebyggelse samt rehabilitering.
 - o Regionens opgaver i forhold til forebyggelse omfatter indsatsen i forbindelse med den regionale sygdomsbehandling og pleje.
- Behandling af traumatiserede flygtninge.
 - o Opgaven løftes i et tæt samarbejde med de kommunale myndigheder. Regionen varetager behandlingsindsatsen, mens kommunerne varetager den sociale indsats for de traumatiserede flygtninge.
- Det psykiatriske samarbejde med praktiserende læger og praktiserende psykiatere.

Regionen har endvidere det overordnede ansvar for indsatsen, som ydes i praksissektoren.

2.2.1 Praksissektoren

Almen praksis

Den praktiserende læge er en gennemgående aktør, som over tid har berøring med stort set alle borgere med psykiske lidelser, lette som svære.

Den praktiserende læge er ofte indgangen til behandlingspsykiatrien og bliver ofte inddraget i den sociale indsats over for psykisk syge. Den praktiserende læge indgår i en koordineret behandlingsindsats og formidler efter behov kontakten til sygehus, speciallæge og sociale tilbud.

I almen praksis foretages en diagnostisk udredning som baggrund for visitation og koordination af behandlingstilbud.

Mange psykiske lidelser kan behandles alene i almen praksis. Indsatsen herfor bestemmes af bl.a. overenskomstmæssige forhold, den enkelte læges ressourcer og muligheder og de lokale behandlingstilbud. I almen praksis er opgaven endvidere at forebygge og opspore psykisk sygdom, samt følge op på behandlingsforløb hos samarbejdspartnere.

Det skønnes, at 90% af psykiske lidelser behandles i almen praksis. De sidste 10 % har også behov for behandling på sygehus, hos psykiatriske speciallæger eller psykologer. Her er det en udfordring for almen praksis at bevare kontakten med den syge og fortsat være tovholder.

Behandlingsmæssigt tillader overenskomsten et begrænset antal samtaler med terapeutisk sigte med passende interval. Derfor handler det mest om traditionel medicinsk behandling ved almindelige konsultationer eller forebyggelseskonsultationer.

Praktiserende psykiatere

Regionen har endvidere en række privatpraktiserende almen og børne- og ungdomspsykiatere. Psykiatrisk speciallægepraksis er et supplement og et alternativ til de øvrige ambulante tilbud i behandlingspsykiatrien. Patienter med en alvorlig psykisk lidelse kan blive henvist af deres alment praktiserende læge til undersøgelse og behandling hos en privatpraktiserende psykiater.

De praktiserende psykiatere behandler fortrinsvist patienter med lidelser af ikke-psykotisk karakter. Langt hovedparten af patienterne hos de privatpraktiserende psykiatere lider af enten affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede lidelser eller personlighedsforstyrrelser.

Det er kendetegnende for den praktiserende psykiaters målgruppe, at patienterne typisk ikke har store og mangeartede sociale problemer, eller har behov for personlig pleje. Der er derfor kun i mindre omfang brug for en tværfaglig indsats, men hvor der er behov for det, samarbejder speciallægen med andre faggrupper omkring behandlingsforløbet. Der er primært tale om samarbejde med patientens alment praktiserende læge eller med de sociale myndigheder, og kun sjældent vil være tale om samarbejde med plejepersonale.

2.3 De kommunale opgaver

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

Kommunen er således ansvarlig for:

- At tilrettelægge en særlig rådgivningsindsats overfor mennesker med en sindslidelse samt at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til den del af gruppen, der må formodes ikke at henvende sig selv
- At yde en helhedsorienteret indsats afpasset den enkeltes behov, herunder forebygge, at problemerne for den enkelte forværres
- At tilbyde en individuelt tilrettelagt støtte til udvikling og vedligeholdelse af færdigheder, herunder støtte til at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v.
- At sikre mulighed for deltagelse i aktivitets- og samværstilbud samt beskæftigelse, herunder beskyttet beskæftigelse, uddannelses-, trænings- og fritidsaktiviteter, værestedstilbud, særlige socialpsykiatriske tilbud mv. samt bostøtte og kompenserende specialundervisning
- At etablere støtte- og kontaktpersonordning
- At sørge for botilbud, herunder specialiserede socialpsykiatriske botilbud, til personer, der ikke magter at bo i egen bolig. Opholdet kan være af midlertidig eller længerevarende karakter
- Opgaver udført af den kommunale hjemmepleje, herunder personlig pleje og praktisk bistand, sygepleje og hjælpemidler
- Sikre forsørgelsesgrundlag for mennesket med en sindslidelse,
- At rådgive om og behandle anmodninger om værgebeskikkelse
- At rådgive om og sikre aflastningstilbud og orlovsmuligheder for familie og netværk
- At varetage forebyggelse og rehabilitering

Kommunen varetager endvidere:

- Sundhedsfremme og borgerrettet forebyggelse, herunder rehabilitering og selvmordsforebyggelse
- Information til mennesket med en sindslidelse og familie og netværk
- Misbrugsbehandling

Region og kommune har mulighed for at aftale en anden opgavedeling. Herunder at regionen varetager driften af visse sociale tilbud og botilbud (jf. rammeaftalen).

Regionen og kommunerne er ifølge retsplejeloven forpligtet til at indgå i PSP-samarbejde (politi, social og psykiatri). PSP-samarbejdet initieres af politiet. I Region Syddanmark er der i 2010 etableret operativgrupper i alle politikredse.

2.4 Dialog om innovation og fælles udvikling

Region og kommuner har et fælles ansvar for løbende og aktuelle drøftelser omkring innovation og fælles udvikling på det psykiatriske område, herunder konkrete udviklingsprojekter med fælles ressourceindsats.

Det er de psykiatriske samordningsfora, der er initiativtagere til fælles projekter. På foranledning af ønsker fra de psykiatriske samordningsfora kan der etableres projekter på regionalt plan.

3. Private og foreningsdrevne sygehuse

Når Region Syddanmark indgår aftaler om udredning og behandling hos private og foreningsdrevne sygehuse, er det indarbejdet i den gældende standardkontrakt mellem Danske Regioner og private sygehuse, at gældende samarbejdsaftaler følges. Det vil sige, at patienter, der er omfattet af det frie sygehusvalg, er omfattet af regionens samarbejdsaftaler med kommunerne. Det betyder bl.a. at aftalerne omkring samarbejde med familie og netværk, informationsudveksling med samarbejdsparter samt aftale om afslutning af behandlingen og den eventuelle opfølgende indsats gælder. Patienter, der er selvbetalere eller sundhedsforsikrede, er ikke omfattet af Region Syddanmarks kontrakter med private sygehuse m.v. om at følge samarbejdsaftalerne med kommunerne.

4. Forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser

For at forhindre uhensigtsmæssige genindlæggelser skal parterne være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af gentagne indlæggelser, hvor forløbet vurderes uhensigtsmæssigt. Der vil være forløb, der kendetegner sig ved en eller flere genindlæggelser, hvor forløbet ikke nødvendigvis er uhensigtsmæssigt, men udtryk for et forløb, hvor omstændighederne omkring mennesket med en sindslidelse gør flere på hinanden følgende indlæggelser nødvendigt.

Ses der et uhensigtsmæssigt mønster skal parterne i samarbejde undersøge, hvad der kan gøres i det enkelte tilfælde for at bryde mønstret.

Samtidig skal det undersøges, om man kan generalisere ud fra det konkrete tilfælde, og dermed forhindre gentagne indlæggelser i andre tilfælde.

På baggrund af de konkrete patientforløb skal der således i fællesskab være løbende fokus på området med henblik på en generel forebyggende indsats. Dette vil ske i regi af de psykiatriske samordningsfora, hvor forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser er et fast punkt på dagsordenen.

5. Psykiatriens placering i den fælles akutmodtagelse (FAM)

Der er godkendt et Psykiatritillæg til rapporten "Fælles AkutModtagelse i Region Syddanmark", hvor det fremgår, at psykiatriens skadestuefunktion integreres i FAM de steder i regionen, hvor psykiatri og somatik er til stede på samme matrikel.

Tillægget beskriver de særlige forhold, der gør sig gældende for diagnosticering, behandling og udskrivelse/eventuel overflytning af psykiatriske patienter. Endvidere peges der på de særlige fysiske krav, der gør sig gældende i forhold til modtagelse af sårbare psykiatriske patienter herunder børn og unge i FAM.

Tilgængelighed er en væsentlig faktor i psykiatriplanen "Fremtidens psykiatri", hvorfor planen bl.a. fastlægger, at der skal være psykiatriske skadestuefunktioner i forbindelse med døgnfunktionerne i Esbjerg, Aabenraa, Vejle og Odense. I lyset af Psykiaritillægget indebærer dette konkret, at psykiatriens skadestuefunktion integreres i de langsigtede (men ikke midlertidige) FAM løsninger på det somatiske område i Aabenraa, Svendborg og Odense, mens den placeres på de psykiatriske sygehusmatrikler i hhv. Esbjerg og Vejle med samarbejde med somatikens FAM i hhv. Esbjerg og Kolding.

6. Udvikling af elektronisk kommunikation

Anvendelse af it og velfærdsteknologi skal understøtte samarbejdsaftalens formål om sammenhæng og kontinuitet i behandlingsforløbet for mennesket med sindslidelse. Anvendelse af fagsystemer indenfor det psykiatriske område i kommunerne er generelt kun implementeret i forhold til pleje- og omsorgssystemerne, hvorved anvendelsen af elektronisk kommunikation mellem parterne er vanskelig at igangsætte.

I nærværende sundhedsaftaleperiode igangsættes initiativer – udredning eller implementering – på følgende områder:

- Anvendelse af elektronisk kommunikation mellem gerontopsykiatrien og hjemmeplejen, således at samarbejdsaftalen om dialog i indlæggelsesforløbet kan understøttes digitalt. Nogle steder er der på foranledning af ønske fra afdeling og kommuner allerede iværksat elektronisk kommunikation på det gerontopsykiatriske område. Erfaringerne herfra kan bruges til at etablere elektronisk kommunikation inden for den gerontopsykiatriske målgruppe i hele regionen.
- Anvendelse af elektroniske LÆ-blanketter mellem lægepraksis og de kommunale jobcentre. Der foreligger en teknisk løsning, som – hvis der er et ønske om det - kan etableres i kommunerne til understøttelse af sagsgangen med LÆ-blanketter.
- Implementering af anvendelse af den elektroniske korrespondancemeddelelse i kommunikationen mellem almen praksis og de kommunale social- og beskæftigelsesafdelinger, herunder jobcentrene til understøttelse af hurtig dialog mellem parterne.
- Anvendelse af advis om indlæggelse og udskrivning i kommunens syge-/dagpengesystem, der kan give information om orlovsperiode og kontaktadresse til sygehusafdeling. I takt med implementering af nyt patientadministrativt system vil alle psykiatriske afdelinger både teknisk og organisatorisk blive i stand til at anvende advis ved indlæggelse og udskrivning. Der bør sideløbende foregå en dialog med kommunerne, således at alle fremadrettet vil blive i stand til at modtage adviser.
- I takt med, at kommunerne via den nationale indsats inden for digitaliseringen på blandt andet arbejdsmarkedsområdet får adgang til elektroniske systemer, vil det åbne for muligheder for udvidelse af den elektroniske kommunikation inden for det psykiatriske område.

Der arbejdes i aftaleperioden hen imod at digitalisere samarbejdet på de målgruppespecifikke områder. Samarbejdsaftalerne på området vil blive fulgt op med forslag til digitalisering og afdækning af muligheder. Konkrete projekter vil blive aftalt i Det Administrative Kontaktforum.

Der udarbejdes strategi og udmøntningsplan for elektronisk kommunikation på psykiatriområdet som del af den samlede it-strategi

Anvendelse af telemedicin og velfærdsteknologi

Sygehusafdelingerne indenfor psykiatrien får alle implementeret videokonferenceudstyr til anvendelse til teletolkning. Udstyret vil desuden kunne anvendes til konferencer imellem geografisk adskilte afdelinger.

Videokonferenceudstyret kan derudover anvendes til tværsektorielle konferencer med den kommunale forvaltning og de praktiserende læger. Fx i samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og de kommunale tilbud. Desuden kan det anvendes til fjernundervisning/supervision – også tværsektorielt.

Videokonference kan også anvendes direkte i konsultationen og behandlingen med patienten.

Der vil ske en gradvis indfasning af brugen af videokonferenceudstyr i takt med organisatorisk implementering af systemet inden for den regionale psykiatri og implementering af mulighederne i det kommunale regi og andre relevante samarbejdspartner.

7. Samarbejdsaftaler mellem Region Syddanmark og kommunerne

7.1 Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet en *Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område*. Samarbejdsaftalen udgør en del af nærværende sundhedsaftale og indgår som bilag til denne.

Samarbejdsaftalen gælder for alle almindeligt forekommende typer af psykiatriske patientforløb på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, uanset diagnose og aldersgruppe. Samarbejdsaftalen beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbets overgange mellem sektorerne.

For en række patientgrupper gælder – udover samarbejdsaftalen - særlige krav til samarbejde og koordinering, som findes i særskilte aftaler. Det drejer sig bl.a. om indsatsen for mennesker med samtidig sindslidelse og misbrug, børn- og ungeområdet, samt demensområdet.

7.1.1 Hovedpunkter i samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen bygger på de tre nationale værdier i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser:

- Respekt
- Faglighed
- Ansvar

Ud fra de nationale værdier er der udarbejdet en række præmisser for samarbejdet mellem regionen og kommunerne. Disse præmisser omhandler anvendelse af kontaktpersoner, koordinerende kontaktperson, gensidig information, information til mennesket med en sindslidelse, samarbejde med familie og netværk, medbestemmelse og rettigheder, tilgængelighed og tværfaglighed.

Samarbejdsaftalen beskriver opgaveansvaret for henholdsvis region og kommuner, herunder særskilt for børn og unge med en sindslidelse, mennesker med samtidig sindslidelse og misbrugsproblematik, mennesker i gråzonen mellem kommunale og regionale tilbud, samt retspsykiatriske patienter. Ligeledes beskrives opgaveansvaret i forhold til forebyggelse og rehabilitering.

Samarbejdsaftalen beskriver endvidere et generelt patientforløb fra opsporing, over udredning og behandling, til den rehabiliterende indsats for mennesket med en sindslidelse. I udrednings-, rehabiliterings- og behandlingsforløbsbeskrivelsen er det beskrevet, hvordan og hvornår de enkelte aktører er ansvarlige i forhold til igangsættelse og udførelse af både den sundhedsfaglige og socialt faglige indsats.

Beskrivelsen rummer alle faser fra opsporing af psykisk sygdom til en behandling er afsluttet herunder samarbejdskonference og udskrivning. I beskrivelsen fremgår det ligeledes, hvordan informationsflowet skal være mellem de forskellige aktører, og hvem der tager initiativ til hvilke handlinger. I forløbsbeskrivelsen er vægten lagt på samarbejdet ved overgange mellem sektorer, samt sikring af informationsformidling i forbindelse hermed.

Endvidere har den regionale samarbejdsaftale i forløbsbeskrivelsen et stort fokus på den tværsektorielle vurdering. Allerede ved indkaldelsen til samarbejdskonference, som finder sted umiddelbart efter behandlingsopstart, er den psykiatriske afdeling forpligtet til at informere kommunen om eventuelle behov på sigt (i det omfang, det lader sig gøre på det pågældende tidspunkt). Det sker med samtykke fra mennesket med en sindslidelse. Der er ligeledes i den løbende informationsdeling mellem parterne i beskrivelsen i den regionale samarbejdsaftale lagt vægt på, at alle er gensidigt forpligtede til at dele information. Det betyder også inddragelse af mennesket med en sindslidelse. Koordineringen af udskrivning er ligeledes underlagt disse krav om løbende informationsudveksling.

I overensstemmelse med ønsker fra kommuner og psykiatriske afdelinger er implementeringen lagt ud lokalt og følges af de psykiatriske samordningsfora.

7.1.2 Varsling af udskrivning

Den regionale samarbejdsaftale indeholder en varslingsfrist på 3 hverdage, når en patient udskrives fra psykiatrisk indlæggelse. Der vil i nærværende sundhedsaftaleperiode i et samarbejde mellem kommuner og region i regi af de psykiatriske samordningsfora pågå en drøftelse af det fremtidige behov for en varslingsfrist. Drøftelsen vil tage udgangspunkt i den regionale samarbejdsaftale og det deri beskrevne patientforløb og udvekslingen af informationer. På baggrund af drøftelserne skal der tages stilling til, hvorvidt varslingen skal ændres i sundhedsaftalerne 2015-2018.

7.2 Mennesker med en sindslidelse og samtidig misbrug

Den overordnede del af aftalen vedrørende mennesker med en sindslidelse og samtidigt misbrug indgår i den regionale samarbejdsaftale.

7.2.1 Hovedpunkter i aftalen

Der er delt behandlingsansvar mellem regionen og kommunerne, når det handler om behandlingen af mennesker med en sindslidelse og samtidigt misbrug.

Det er kommunerne, der har både myndighedsansvaret, forsyningsansvaret og finansieringsansvaret for at tilbyde vederlagsfri behandling for stof- og alkoholmisbrug. Regionen har ansvaret for behandlingen af sindslidelsen.

Det er den myndighed, der får først kontakt med mennesket med en sindslidelse og samtidigt misbrug, der er ansvarlig for sagen og er kontaktperson for den pågældende og for eventuel familie og netværk, indtil sagen er afleveret og modtaget af en anden myndighed.

Det er i hele forløbet vigtigt at holde den praktiserende læge orienteret og gerne inddrage vedkommende i behandlingen af både misbrug og sindslidelse for dermed at sikre kontinuitet i forløbet.

Som supplement til den regionale samarbejdsaftale er der indgået lokale aftaler mellem de psykiatriske afdelinger og de tilhørende kommuner om den konkrete arbejdsfordeling. Disse aftaler dækker også eller suppleres af aftaler for børne- og ungeområdet. De lokale samarbejdsaftaler udgør en del af nærværende sundhedsaftale og indgår som bilag til denne.

7.3 Fælles regional samarbejdsaftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og praksis i Region Syddanmark

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet en *Fælles regional samarbejdsaftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og praksis i Region Syddanmark*. Samarbejdsaftalen udgør en del af nærværende sundhedsaftale og indgår som bilag til denne.

Samarbejdsaftalen gælder for børne- og ungdomspsykiatriske patientforløb på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, og retter sig mod målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien, defineret som børn og unge

til og med 17 år som formodes at have en sindslidelse, og som har behov for et udrednings- og eventuelt et behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. I forhold til unge på 18-19 år, der tilhører målgruppen for den regionale børne- og ungdomspsykiatri, og som ikke umiddelbart er en del af denne aftale, hører de under den generelle samarbejdsaftale. Ved den unges overgang fra 17 til 18 år laves der for den enkelte unge, konkrete aftaler mellem børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, den enkelte kommune og almen praksis omkring sikring af overgangen fra ung til voksen.

Samarbejdsaftalen beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbets overgange mellem sektorerne.

Målet med aftalen er at sætte en fælles ramme for samarbejdet mellem de parter, der involveres, når et barn eller en ung får brug for psykiatrisk udredning og eventuel efterfølgende behandling. Hovedformålet med aftalen er at skabe et smidigt og effektivt samarbejde til gavn for børnene, de unge og deres forældre.

7.3.1 Hovedpunkter i samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen beskriver opgaveansvaret for henholdsvis region og kommuner, herunder særskilt for børn og unge med samtidig sindslidelse og misbrugsproblematik og børn og unge i gråzonen mellem kommunale og regionale tilbud. Endvidere beskrives opgaveansvaret i forbindelse med folkeskoleundervisning for børn og unge indlagt på psykiatriske afdelinger.

Hovedvægten i samarbejdsaftalens er beskrivelsen af et generelt patientforløb i børne- og ungdomspsykiatrien fra opsporing, over henvisning og udredning til behandling og opfølgende indsats. I beskrivelsen af patientforløbet er vægten lagt på samarbejdet ved overgange mellem sektorer, samt sikring af informationsformidling i forbindelse hermed, herunder hvordan det sikres, at indsatsen i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne er koordineret.

Samarbejdsaftalen suppleres af bilag der beskriver henvisningskriterier til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark, henvisningsguide for kommuner/praktiserende læge, samarbejdsrelationer mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne samt dagsordensskabelon for samarbejdskonference og netværksmøder.

7.4 Fælles regional samarbejdsaftale på demensområdet i Region Syddanmark

Region Syddanmark, kommunerne i regionen samt praksisudvalget i regionen har udarbejdet en *Fælles regional samarbejdsaftale på demensområdet*. Samarbejdsaftalen udgør en del af nærværende sundhedsaftale og indgår som bilag til denne.

Samarbejdsaftalen gælder for patientforløb på tværs af sektorerne i Region Syddanmark, og retter sig mod personer med demenssymptomer, både mulige, let, middel og svært demente i primær- og sekundær sektor.

Samarbejdsaftalen beskriver for disse patientforløb krav til samarbejde, kommunikation, patientinformation og kvalitetsmonitorering, især med fokus på forløbets overgange mellem sektorerne.

Målet med aftalen er at skabe en fælles ramme for demensindsatsen i Region Syddanmark, på tværs af geografi og sektorer, samt at sikre en indsats der lever op til gældende standarder og anbefalinger på området.

7.4.1 Hovedpunkter i samarbejdsaftalen

Samarbejdsaftalen beskriver opgaveansvaret for henholdsvis praktiserende læge, kommuner og region med hensyn til demensopsporing, udredning, behandling og opfølgning.

Hovedvægten i aftalen er beskrivelsen af et generelt demensudredningsforløb, med særlig vægt på beskrivelse af overgangene mellem aktørerne, samt formidling af information mellem disse undervejs i forløbet. Samarbejdsaftalen beskriver endvidere opgaveansvar og varetagelse af tilknyttede opgaver såsom undervisning af pårørende, medarbejdere i kommune og region, praktiserende læger mv, oprettelse af pårørendegrupper, støttetilbud og des lige.

Samarbejdsaftalen suppleres af henvisningskriterier til demensudredning, funktionsbeskrivelse for kommunal demenskoordinatorfunktion samt guidelines til kommunalt personale inden lægekontakt.

8. Iværksættelse af samarbejdsaftaler på målgruppespecifikke områder

Der vil i sundhedsaftaleperioden 2011-2014 i et samarbejde mellem regionen og kommunerne blive udarbejdet fælles regionale samarbejdsaftaler på følgende målgruppeområder: oligofrenipsykiatri, området for traumatiserede flygtninge og retspsykiatri samt forløbsprogram for depression. Det er hensigten at lave aftaler for samarbejdet på tværs af sektorer og kommuner med det formål at sikre kommunikation og smidige forløb for alle borgere og samarbejdspartnere i regionen, men også således, at der vil være rum for tilhørende lokale aftaler, der i sagens natur tager højde for særlige lokale forhold eller behov. Regionen tager initiativ til igangsættelse af aftalerne.

Tidsplan for iværksættelse af samarbejdsaftaler på målgruppespecifikke områder

	Iværksættes	Deadline for godkendelse	Implementering
Samarbejdsaftale på området for traumatiserede flygtninge	Medio 2010	Primo/medio 2011	Medio/ultimo 2011
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Medio 2010/primo 2011	Primo/medio 2011	Medio 2011
Samarbejdsaftale på området for udviklingshæmmede med en sindslidelse, herunder demens	Medio 2011	Ultimo 2011	Primo 2012
Forløbsprogram for depression	Medio 2011	Primo 2012	Medio 2012

9. Indsatsen for børn og unge i familie med et menneske med en sindslidelse

Formålet med aftalen er at opnå en kvalificeret og tværsektoriel indsats i forhold til børn under 18 år i familie med et menneske med en sindslidelse.

Aftalen gælder for såvel voksen-, som børne- og ungdomspsykiatrien.

Det vil sige både, hvis der er tale om børn af en forælder med en sindslidelse, og hvis der er tale om søskende under 18 år til et barn/ung med en sindslidelse.

Indsatsen er rettet mod alle berørte børn i familien – dvs. børn i den "udvidede" familie: biologiske, samboende, tidligere samboende mv. børn/søskende, hvis det vurderes, at der er behov for indsats for disse.

Som udgangspunkt er alle involverede parter, på ethvert tidspunkt i forbindelse med indsatsen i forhold til mennesker med en sindslidelse, forpligtet til at:

- undersøge om der er børn i familien
- vurdere, om der brug for en særlig indsats overfor disse børn
- foretage den nødvendige formidling af oplysninger, når hjælp vurderes at være nødvendig.

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

Tilsvarende er det vigtigt ud fra et behandlingsperspektiv, at den psykiatriske behandling og støtte tager udgangspunkt i den samlede situation for mennesket med en sindslidelse og i relevant omfang medinddrager forholdene omkring eventuelle børn med henblik på at understøtte forældrerelationen og sikre hjælp og støtte til barnet, hvis der er behov herfor.

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

9.1 Regionens ansvar

9.1.1 De psykiatriske afdelinger

De psykiatriske afdelingers opgaver med henblik på børn i familier med et menneske med en sindslidelse er:

- Afdækning af patientens familiære situation, herunder vurdering af, om der er børn i familien, der har behov for støtte, samt sikre at disse oplysninger registreres og videreformidles i nødvendigt omfang.
- At underrette kommunen, når der er et barn/børn i familien, der formodes at have behov for særlig støtte.
- At være særlig opmærksom på problemstillingen ved akutte indlæggelser, så det sikres, at det ikke er et barn, der står alene med ansvar for hjemmet under den voksnes fravær.
- Ved gravide sindslidende at sikre, at både den gravides og det ufødte barns behov for hjælp og støtte undersøges.
- At tilbyde information om mulighederne for yderligere hjælp både til mennesker med en sindslidelse og deres børn/søskende.
- At børn føler sig velkomne til at komme på besøg på psykiatrisk afdeling. Personalet skal medvirke til, at der i den forbindelse tages de fornødne hensyn til børnene – herunder at de følger op på begivenheder, som vurderes at kunne give anledning til bekymring og angst hos barnet.

Regionen er endvidere ansvarlig for:

- At beskrive de familiestøttetilbud og henvendelsesmuligheder, der findes for barnet/familien i regionalt regi.
- At sørge for, at der findes tilgængelig information om tilbuddene.
- At holde kommunen opdateret i forhold til disse tilbud.

De psykiatriske afdelinger skal foranstalte, at børn modtager en alderssvarende information om den psykiske sygdom. Desuden skal alle mennesker med sindslidelse tilbydes en "spørg til børnene"-samtale.

Regionen har som kvalitets- og servicemål forpligtet sig på, at sindslidende med pårørende under 18 år bliver tilbudt en familiesamtale, hvor der som minimum skal drøftes følgende emner:

- Hvordan familien klarer situationen
- Gøre det klart, at det ikke er nogens skyld, at forælderen er psykisk syg
- At børn ikke kan gøre deres forældre psykisk syge eller raske
- Hvem barnet kan tale med, når det er svært derhjemme
- Information om diagnosen og symptomerne tilpasset barnets alder
- Behov for yderligere støtte

Afdelingen er ligeledes forpligtet til at inddrage kommunen, hvis der er børn, der har behov for en særlig kommunal indsats eller støtte.

9.1.2 Praktiserende læge

Alment praktiserende læge er ansvarlig for i kontakten med en person med en sindslidelse at undersøge, hvorvidt der i familien er børn, der kan have behov for støtte og reagere på det ved at underrette kommunen.

9.2 Kommunens ansvar

Kommunen skal sikre, at der sker en vurdering af behov for særlig indsats over for børn i familier, hvor der er et menneske med en sindslidelse. De skal med andre ord handle ud fra afdelingens oplysninger og har dermed initiativforpligtelsen.

Kommunens forpligtelser i forhold til børn i familier med en sindslidelse:

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

Kommunen er endvidere ansvarlig for:

- At beskrive de familiestøtte-tilbud og henvendelsesmuligheder, der findes for barnet/familien i kommunalt regi
- At sørge for, at der findes tilgængelig information om tilbuddene
- At holde regionen opdateret i forhold til disse tilbud.

Andre aftaler om ansvarsfordeling kan indgås lokalt.

9.4 Samarbejde i øvrigt

Hvor der ikke foreligger behov for underretning, men hvor den psykiatriske afdeling eller praktiserende læge vurderer, at barnet kunne have behov for støtteforanstaltninger, etablerer psykiatrisk afdeling eller alment praktiserende læge efter aftale med forældremyndighedsindehaveren, kontakt til kommunen med henblik på dette. I disse tilfælde kan der ske henvendelse direkte til sundhedsplejerske, PPR, skolelærer, daginstitutioner og socialpsykiatri. Psykiatrisk afdeling kan efter aftale med forældremyndighedsindehaveren alternativt indkalde kommunen til et samarbejds-møde. Hvor der findes behov for samarbejde med psykiatrisk afdeling om indsatsen for barnet, tager kommunen efter aftale med forældremyndighedsindehaveren kontakt til psykiatrisk afdeling eller indkalder til samarbejds-møde.

Såfremt kommunen efter en undersøgelse beslutter at henlægge sagen, underrettes samarbejdspartnere efter aftale med familien.

10. Medbestemmelse, rettigheder og pårørendesamarbejde

Det er de individuelle behov hos mennesket med en sindslidelse, der er udgangspunktet for indsatsen både i regionen og i kommunen. Det betyder, at der skal være reelle valgmuligheder mellem fagligt relevante tilbud, og mennesket med en sindslidelse skal i videst muligt omfang inddrages i beslutninger om indsatsen. Mennesket med en sindslidelse skal med andre ord naturligvis inddrages som et ligeværdigt menneske i forhold til den psykiatriske indsats. I forlængelse heraf følger naturligt også et tæt samarbejde med de pårørende i det omfang mennesket med en sindslidende ønsker det. Familie og netværk er en vigtig ressource i både det psykiatriske behandlingsforløb og i det videre arbejde i kommunen. De pårørende skal i videst muligt omfang informeres og inddrages i et samarbejde om behandling og opfølgning. Det er vigtigt at udvise imødekommenhed i kontakten med familie og netværk – også i de tilfælde, hvor der ikke er givet samtykke til videregivelse af oplysninger. I de tilfælde kan der i så fald gives orientering på et generelt plan om behandlingsforløb og opfølgning på psykisk sygdom.

11. Forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse

De store livsstilssygdomme, KOL, hjerte-karsygdomme, diabetes type 2 mv., rammer i udpræget grad mennesker med en psykisk sygdom. Center for Folkesundhed skønner således, at tre ud af fire mennesker med en psykisk sygdom har en eller flere somatiske sygdomme. Samtidig er der en overdødelighed blandt mennesker med en psykisk sygdom.

Regionen har ansvar for behandling af livsstilssygdomme, og laver patientrettet forebyggelse samt rehabilitering. Kommunerne har ansvar for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme samt rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Derfor er det oplagt at arbejde i fællesskab omkring livsstilssygdommene.

11.1 Fælles aktiviteter: Kortlægning og strategi for indsatsen

Det er fælles for region og kommuner, at der er behov for at få konkret viden om udbredelsen af samtidig psykisk og somatisk sygdom, ligesom der er behov for at få afdækket, hvordan samarbejdet er i dag mellem praktiserende læger, kommuner, somatiske og psykiatriske afdelinger m.fl. i forhold til opdagelse, forebyggelse og behandling af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter.

Derfor vil der på initiativ fra regionen i nærværende aftaleperiode blive iværksat en kortlægning med fokus på bl.a. følgende aspekter:

- Overdødelighed blandt psykisk syge, ud fra eksisterende undersøgelser og litteratur på området
- Årsager til overdødelighed, herunder selvmordsrisiko, følgevirkninger af medicin m.m.
- Bestemme patientpopulation med psykiske lidelser og med såvel psykisk lidelse som folkesygdomme fordelt på den enkelte kommune med det formål at optimere det aktuelle tværsektorielle samarbejde på konkret grundlag
- Bestemme antal og udbredelse af borgere herunder specielt unge med en risikoadfærd mht. rusmidler og sundhedsadfærd vurderet på grundlag af bl.a. Sundhedsprofilundersøgelsen fra 2010.
- Kortlægge indsatsen, der i dag ydes for at forebygge fremkomsten af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter hos såvel praktiserende læge, region og kommuner.
- Afdække nuværende procedurer for opdagelse af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter og psykisk sygdom hos somatiske patienter i almen praksis og på psykiatriske og somatiske sygehusafdelinger.
- Afdække hvorvidt de nuværende patientuddannelser og kroniker tilbud og -behandlingsstrategier i kommuner og region er tilpasset mennesker med psykisk sårbarhed eller sygdom.

- Belyse hvilke muligheder fælles akutmodtagelse (FAM) giver for at opdage somatisk hhv. psykisk sygdom hos psykiatriske hhv. somatiske patienter.

På baggrund af kortlægningen skal der senest ved udgangen af 2012 være udarbejdet og vedtaget en fælles strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse.

Indsatser vil bl.a. være aftaler mellem sygehusafdelinger om håndtering af denne type dobbeltdiagnoser og i kommunerne på styrkelse af synergi på tværs i de kommunale forvaltningsenheder med henblik på at optimere indsatsen for at forebygge og behandle livsstilssygdomme hos borgere med sindslidelser. Hos de praktiserende læger vil man arbejde med øget brug af forebyggelsessamtaler overfor patienter med denne type dobbeltdiagnoser.

De lokale psykiatriske samordningsfora bliver ansvarlige for at sikre at disse indsatser iværksættes og evalueres. Endvidere skal der sikres en formidling af kortlægningens resultater til alle regionens kommuner.

11. 2 Mental sundhed

Mental sundhed bliver i de kommende år et stadigt vigtigere arbejdsfelt for alle parter. Mental sundhed defineres af WHO som "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet".

Sideløbende med den fælles strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse sættes der derfor i såvel region som i kommuner øget fokus på mental sundhed. Dette sker i de lokale samordningsfora med afsæt i nærværende grundaftale samt grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme samt med udgangspunkt i borgernes sundhedstilstand og risikoprofil på mental sundhed.

Der skal være fokus på

- Tidlig opsporing og risikofaktorer
- Livsstilsinterventioner
- Patientuddannelser (både af almen og sygdomsspecifik karakter).

Specifik aftale på hovedfunktionsniveau for Hovedfunktionsområde Fyn

Sundhedsaftale på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer på Fyn – samarbejdsaftale vedr. alkoholbehandling/rusmiddelbehandling mellem Odense Kommune og Region Syddanmark

Aftalen beskriver målgrupperne for henholdsvis behandling i regi af kommunen (misbrugsbehandling) og behandling i regi af psykiatrisk afdeling (psykiatrisk behandling, herunder retspsykiatrien, hvis det er relevant). I aftalen ligger endvidere en udførlig beskrivelse af forløb og henvisningsprocedure på tværs af de to typer af tilbud. Det er modtagende instans (der hvor personen henvender sig), der har ansvar for henvisning til rette tilbud/behandling. Der er i aftalen desuden beskrevet udveksling af viden på området i form af undervisningsforløb på tværs, personale, der krydser tilbudene i arbejdet med målgruppen samt tilbud om konsulentytelser. Pr 1. januar 2011 er alkohol og rusmiddel behandlingen i Odense Kommune sammenlagt til en enhed. Dette ændrer ikke de konkrete samarbejdsaftaler, der er beskrevet i aftalen.

Vedr. rusmiddelmisbrug

For patienter med behandlingsdom påhviler det overordnede behandlingsansvar retspsykiatrisk afsnit. Den daglige behandling beror i de konkrete tilfælde på gensidig aftale mellem den retspsykiatriske overlæge og behandlingscenteret. Ansvar for afgivelse af erklæringer til statsadvokaten påhviler retspsykiatrien. Substitutionsbehandling kan kun ske i regi af behandlingscenteret. Afvigelser herfra kan kun ske i forhold til behandlingsdømte personer, efter gensidig aftale i konkrete tilfælde mellem den retspsykiatriske overlæge og rusmiddelcenteret. Ved uenighed om visitering drøftes dette snarest direkte læge til læge. Pr 1. januar 2011 er alkohol og rusmiddel behandlingen i Odense Kommune sammenlagt til en enhed. Dette ændrer ikke de konkrete samarbejdsaftaler, der er beskrevet i aftalen.

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen og Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen er kontakt for voksenområdet.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense og Retspsykiatrisk Afdeling, Middelfart.

Sundhedsaftale på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer på Fyn – samarbejdsaftale vedr. misbrugsbehandling på børn- og ungeområdet mellem de fynske kommuner og Region Syddanmark

Aftalen er indgået mellem Region Syddanmark og de fynske kommuner vedr. misbrugsbehandling af sindslidende børn og unge i alderen 0-17 år og beskriver eksisterende samarbejdspraksis mellem Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus, Rusmiddelcenter Odense Ungeafdelingen/Behandlingscenter Svendborg Ungeafdelingen og Børne- og Ungeforvaltningen i Odense Kommune. Pr 1. januar 2011 er alkohol og rusmiddel behandlingen i Odense Kommune sammenlagt til en enhed. Dette ændrer ikke de konkrete samarbejdsaftaler, der er beskrevet i aftalen.

Aftalen beskriver målgruppe, henvisningspraksis, udredning/visitation og behandling af børn og unge med sindslidelse og samtidig misbrug. Endvidere beskrives ansvars- og initiativforpligtelse. Der er i aftalen desuden beskrevet udveksling af viden og erfaring mellem aftalens parter.

Substitutionsbehandling kan kun ske i regi af behandlingscenteret. Afvigelser herfra kan kun ske i forhold til behandlingsdømte personer, efter gensidig aftale i konkrete tilfælde mellem den retspsykiatriske overlæge og rusmiddelcenteret. Ved uenighed om visitering drøftes dette snarest direkte læge til læge.

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen, Børn- og Ungeforvaltningen samt Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Sundheds- og behandlingsafdelingen i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen er kontakt for voksenområdet og Forebyggelsesafsnittet, Børn- og Familieafdelingen i Børn- og Ungeforvaltningen er kontakt for børneområdet.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Psykiatrisk Afdeling, Odense, Børn- og Ungepsykiatrien, Odense og Retspsykiatrisk Afdeling, Middelfart.

Børne- og ungdomspsykiatrisk målgruppeforum Fyn

Region Syddanmark og de fynske kommuner har sammen nedsat et fælles mødeforum for børne- og ungdomspsykiatri. Formålet er sammen at sikre, at børn og unge med en psykisk sygdom får den bedst mulige behandling.

Hensigten med møderne i målgruppeforum børne- og ungdomspsykiatri er, at deltagerne drøfter, hvordan det går med samarbejdet – bliver der gjort det, der er aftalt i Sundhedsaftalerne, herunder den børne- og ungdomspsykiatriske samarbejdsaftale, hos hver især. Opleves der problemer omkring kommunikation, patientforløb m.m.? Hvordan sikres det gode patientforløb? Er der eksempler på typer af forløb, hvor der er behov for at drøfte samarbejdet? Generelle principielle sager tages op og ikke enkeltsager.

I målgruppeforum på det børne- og ungdomspsykiatriske område på Fyn ligger følgende opgaver:

- Drøftelse af status og eventuelle problemstillinger i det generelle samarbejde
- Drøftelse af samarbejdsflader i forhold til misbrugsbehandlingen
- Vidensdeling
 - herunder sikring af faglig og praktisk vidensudveksling og gensidig feed-back.
- Indgåelse af fælles udviklingsprojekter
- Opfølgning på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder
- Nedsættelse af ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Udveksling af nærmere informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Behandle fortolkningsspørgsmål
- Tage hånd om aldersproblematikken ift. at unge over 18 år kommer det rette sted hen i kommunalt regi
- Sørge for at oplysninger om kontaktpersoner i hhv. kommuner og i børne- og ungdomspsykiatrien altid er ajourførte
- Gensidig udveksling af relevant statistik og data på hvert møde, herunder drøftes udviklingen i aktivitet, kapacitet og genindlæggelser mv.
- Sørge for at relevante generelle problematikker bliver løftet op i Psykiatrisk Samordningsforum for Fyn.

Kommunespecifik aftale for Odense Kommune

Mødefora på kommuneniveau

Odense Kommune og Almen Psykiatrisk Afdeling i Odense samt Børn- og Ungepsykiatrien i Odense har nedsat mødeforaer for nedenstående fem målgruppeområder:

- Almenpsykiatri (1-2 gange årligt inviteres Kerteminde Kommune med)
- Børne- og ungepsykiatri
- Gerontopsykiatri
- Retspsykiatri
- Oligofreni

Almenpsykiatri og Børn- og Ungepsykiatrien afholder fire årlige møder, på de andre områder afholdes to årlige møder

Deltagere på møderne vil være den relevante psykiatriske afdelingsledelse og relevante kommunale ledere i et nærmere aftalt omfang.

På møderne skal det drøftes, hvordan det går med samarbejdet – bliver der gjort det, der er aftalt hos hver især. Opleves der problemer omkring kommunikation, patientforløb m.m.? Hvordan sikres det gode patientforløb? Er der eksempler på typer af forløb, hvor der er behov for at drøfte samarbejdet?

Kommissorierne for mødeforaene redegør nærmere for mødeindhold.

Forslag til fælles udviklingsprojekter, hvori der fx indgår ændret opgavefordeling skal drøftes af det psykiatriske samordningsforum Fyn.

Konsulenttydelser og supervision på døgntilbud for særligt krævende børn og unge med psykiatrisk diagnose

Odense Kommune har fået puljemidler fra velfærdsministeriet til et fireårigt projekt "Kvalitet i anbringelsen af psykisk syge børn og unge". Projektet er forankret i Odense Kommune, og driften varetages i Børn- og Ungepsykiatrien, Odense. Målgruppen er døgninstitutioner på Fyn, som bruges af Odense Kommune, når børn og unge anbringes uden for hjemmet. Projektet evalueres eksternt via ministeriet og internt hvert kvartal. Der er nedsat en styregruppe, der skal varetage fremdriften i projektet med repræsentanter fra såvel Børn- og Ungepsykiatrien som Odense Kommune. Projektet afsluttes med udgangen af 2011. Der skal herefter tages stilling til, hvorledes opgaven løses fremadrettet.

Den involverede forvaltning i Odense Kommune er Børn- og Ungeforvaltningen og Børn- og Familieafdelingen, Sundhed og Handicap er kontakt.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er Børn- og Ungepsykiatrien, Odense.

Koordineret indsats vedrørende børn i familier med psykisk syge

Odense Kommune igangsætter i slutningen af 2010 en tværsektoriel samarbejdsmodel, der har til formål at forbedre og sikre indsatsen for børn af sindslidende. Den vil være i drift på kommunens hjemmeside senest 1.januar 2011.

Den vil give medarbejdere i alle de kommunale forvaltninger, borgere, privatpraktiserende læger og behandlingspsykiatrien mulighed for at få en indgang.

Modellen vil give handlevejledninger, redskaber, viden om indsatser og links til relevant viden.

Indsatserne skal, så vidt det er muligt, foregå i barnets nære miljø og netværk i øvrigt.

Der skal i relevante samarbejdsfora, ledelsesfora på tværs arbejdes med implementering og opfølgning på modellen.

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen (Handicap- og Psykiatridelingen), Børn- og Ungeforvaltningen samt Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Børn- og Familieafdelingen i Børn- og Ungeforvaltningen er kontakt.

I Odense Kommune er det Børn- og Ungesocialrådgivningen, der skal modtage underretningerne. Dette skal ske til kontoret i det distrikt, familien er bosiddende i.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense, samt de privat praktiserende læger.

Børnegrupper

Børnegrupperne har eksisteret siden 2000. De varetages i et tæt samarbejde mellem Odense Kommune ved Rehabiliteringsteamet i Psykiatridelingen og Region Syddanmark ved Almen Psykiatrisk Afdeling. En medarbejder fra hvert sted forestår undervisningen og koordineringen af tilbuddet. Udgiften fordeles ligeligt mellem Kommunen og regionen.

Målgruppen er børn og unge i alderen 10-16 år, som lever i familier med psykisk sygdom. Der er 8 – 10 børn/unge i hver gruppe. Der er to fagpersoner tilknyttet grupperne.

Rammerne: Hver gruppe mødes 10 gange af 1½ times varighed en gang pr. uge. Inden opstart tilbydes forsamlinger for de enkelte familier. Afslutningsvis tilbydes en evaluerende samtale med hver familie. Der er ca. 3 gruppeforløb pr. år.

Formålet med børnegrupperne:

- Give børn og unge passende viden om forældrenes psykiske sygdomme
- Give børn og unge mulighed for at udveksle erfaringer med jævnaldrende med lignende opvækstvilkår
- Give børn og unge redskaber, som kan gøre dem i stand til at mestre det at leve i en familie med psykisk sygdom

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen, Handicap- og Psykiatridelingen.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense.

Behandling og rehabilitering af personlighedsforstyrrelser

Odense Kommune og Almenpsykiatrisk afdeling Odense indgår i et mere koordinerende samarbejde omkring behandling og rehabilitering af personlighedsforstyrrelser. Det drejer i første række om svære personlighedsforstyrrelser med et GAF score på under 40. På sigt, skal samarbejdet omfatte flere forskellige personlighedstilstande, men i begyndelsen vil fokus være på svære borderline tilstande. Almenpsykiatrisk afdeling Odense vil forestå behandlingen af tilstande, hvor der er akut forværring, f.eks. ved selvskadende adfærd, psykotiske/mikropsykotiske episoder, depressioner og svære angsttilstande. Odense Kommune vil forestå den sociale rehabilitering med uddannelses- og arbejdsmæssig indplacering, og hjælp til funktion i egen bolig.

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen og Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen er kontakt.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense.

Patientskoler for angst/depression

Almen psykiatrisk afdeling Odense er af sundhedsstyrelsen specialeplan tildelt regionsfunktion for angst og depression. Med udgangspunkt i udmøntningen af denne specialeplan er der ønske om at etablere patientskole for angst og depression i et samarbejde med kommunerne. En forudsætning for etablering af patientskole er derfor udmøntning og konsolidering af regionsfunktionen.

Almen Psykiatrisk afdeling, Odense og Odense Kommune vil på baggrund af dette i samarbejde etablere patientskoler for patienter/borgere med angst/depression i det tempo og omfang, det kan lade sig gøre, jf. udmøntning af specialeplanen.

I patientskolen vil der skulle tilbydes struktureret undervisning til patienter og eventuelt også til deres pårørende. Undervisningen foregår i grupper og varetages af sundhedspersonale (fra Almen Psykiatrisk Afdeling), og socialfagligt personale (fra Odense Kommune). Idéen med patientskolen er at skabe rammer, hvor patienter har mulighed for at få viden om deres sygdom og udveksle erfaringer, problemer og strategier relateret til deres sygdom med både sundhedsfagligt personale, kommunale sagsbehandlere og andre i samme situation.

I tilknytning til patientskolerne vil der kunne foregå en vis psykiatrisk udredning/behandling, og den beskæftigelsesrettede og støttende indsats integreres således, at de to sektorer gensidigt understøtter og supplerer hinanden. De positive erfaringer fra "Job til Alle" inddrages i arbejdet.

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense.

Samarbejdsaftale mellem Odense Kommune, Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense, herunder specielt Gerontopsykiatrisk Afsnit og Gerontopsykiatrisk Team Odense (GTO)

Samarbejdsaftalen vedrører ældre psykiatriske borgere/patienter, som er en særlig sårbar målgruppe, hvorfor der er behov for klare og præcise aftaler i forhold til kommunikationen ved indlæggelse og udskrivelse, for at sikre at borgeren føler sig tryk i overgangene mellem sektorerne, og for at sikre at der samarbejdes på hensigtsmæssig måde mellem gerontopsykiatrisk team og kommunen til gavn for borgeren/patienten.

Aftalen er baseret på dialog mellem samarbejdspartnerne, herunder tidlig inddragelse i forløbet.

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen. Visitationskontoret er kontakt.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense. Gerontopsykiatrisk afsnit er kontakt.

Aftalen revideres i aftaleperioden.

Enheden for integreret psykiatrisk sundhedstjenesteforskning

Der har igennem flere år været samarbejde mellem de to sektorer omkring et patientforløbsprogram, og erfaringerne herfra har vist, at der er behov for at styrke det forskningsmæssige samarbejde ved etableringen af Enheden for Integreret Psykiatrisk Sundhedstjenesteforskning. Enheden finansieres med 200.000 kr. årligt, halvdelen fra hver sektor.

En målrettet tværsektoriel forskningsindsats vil gøre det muligt at udvikle fremtidens psykiatri og dermed skabe forudsætninger for, at de psykiatriske patienter kan få en evidensbaseret udredning, behandling og rehabilitering.

Det integrerede tværsektorielle forskningssamarbejde er etableret som en murstensløs forskningsenhed ved fagområdet for psykiatri, Syddansk Universitet (SDU), almenpsykiatrisk afdeling, Odense. Enheden refererer til Voksenpsykiatriens Samordningsforum.

Der skal fortsat arbejdes med patientforløbsprogrammets udviklede standarder for indlæggelse, under indlæggelse og ved udskrivelse, og netværksgruppe med fokus på misbrug fortsætter.

Enhedens opgaver er:

- At skabe muligheder for et fælles forum til udvikling og udveksling af værdier, holdninger og handlinger vedrørende recovery og rehabilitering som en forudsætning for et integreret samarbejde om det gode patientforløb.
- At forestå den overordnede strategiske planlægning og koordinering af den integrerede psykiatriske forskningsindsats mellem behandlings – og socialpsykiatrien i Odense kommune.
- At være drivkraften i forhold til rekruttering af forskere
- At foreslå forskningsprojekter for de kommende år
- At sikre, at resultaterne af enhedens forskning synliggøres og formidles
- At udarbejde årlige status for enhedens forskning
- At administrerer basisbudgettet på 200.000 kr., samt tilførte forskningsmidler
- At sikre fundraising

Der er aftalt følgende forskningsplan 2010 til 2015:

1. Rehabilitering af nydiagnosticerede og kroniske patienter med skizofreni.
2. Analyse af genindlæggelser.
3. Etablering af patientforløbsprogram for patienter med personlighedsforstyrrelser.
4. Brugere og fagpersoners oplevelse af et tværsektorielt patientforløbsprogram.
5. Svært sindslidende med socialpsykiatrisk bolig.
6. Strategiplan for håndtering af metabolisk syndrom.
7. Metodeudvikling.

Samarbejde om de gode udskrivningsforløb for særligt svære sindslidende (længere rehabiliteringsforløb)

I tilknytning til projektet "den gode psykiatriske afdeling" på almen psykiatrisk afdeling Odense vil afdelingen forsøgsvis afprøve en model, hvor udvalgte patienter inden for en nærmere begrænset periode har adgang til "egen-indlæggelse" ved behov. Muligheden skal tilbydes patienter med lange og svære forløb, hvor overgangen fra indlæggelse til en hverdag uden for afdelingen kan være vanskelig, og hvor der kræves et særligt tæt samarbejde mellem psykiatrisk afdeling og kommunen. Udover muligheden for at lade sig indlægge indeholder projektet også aftaler om medarbejdere fra psykiatrisk afdeling, der kan følge med i en periode hjem med patienten/i socialt tilbud og kommunale medarbejdere, der i en motivationsfase for patienten/borgeren kan være tilknyttet psykiatrisk afdeling.

Samarbejde om tilbud til sindslidende med samtidig psykiatrisk lidelse og misbrug

Odense Kommune og Region Syddanmark ønsker i fællesskab, at samarbejde om den integrerede behandlingsmodel for sindslidende med misbrug i Odense Kommune (Vista Balboa). Samarbejdet skal tage udgangspunkt i de eksisterende økonomiske rammer som kommunen henholdsvis regionen er underlagt.

Arbejdet påbegyndes i 2011.

De involverede forvaltninger i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen, Handicap og Psykiatridelingen.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense.

Samarbejde vedr. indsats over for fødselsdepression

Odense Kommune og Region Syddanmark ønsker – med udgangspunkt i allerede eksisterende tilbud til målgruppen – sammen at se på mulighederne for et samarbejde omkring screening og behandling af nybagte mødre med fødselsdepression.

Grundaftale om samarbejdet om utilsigtede hændelser

1. Principielt udgangspunkt

Rapportering af og opfølgning på utilsigtede hændelser indgår i regionens og kommunernes arbejde med patientsikkerhed og understøtter den fælles kvalitetsudvikling i det samlede sundhedsvæsen. Formidling af viden om utilsigtede hændelser i sektorovergange skal skabe fælles læring til gavn for det tværsektorielle samarbejde om sammenhængende patientforløb.

Hovedvægten i arbejdet med utilsigtede hændelser retter sig ikke mod fejlfinding, men mod en proaktiv læring i organisationerne gennem en bred tilgang, hvor man systematisk vurderer risikoen for fremtidige utilsigtede hændelser. Læring af hændelser skal vende tilbage til den faglige ramme hvor hændelserne finder sted, men også formidles til hele sundhedsvæsenet, hvor der måtte være læring af mere generel karakter.

Hovedansvaret for såvel rapportering som læring ligger i ledelsessystemet i de respektive sektorer og institutioner.

2. Rapportering af utilsigtede hændelser relateret sektorovergange

Rapporteringspligten vedr. utilsigtede hændelser relateret sektorovergange er beskrevet i Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet mv.' Utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange er altid rapporteringspligtige. Utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange vil oftest vedrøre kategorierne administrative procedurer, sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation, medicinering eller ressourcer og organisation.

Ved sektorovergange forstås her dels patientens overgang mellem kommunalt opgaveansvar og regionalt opgaveansvar, dels overgang mellem den primære og den sekundære sundhedssektor. Der henvises i øvrigt til den supplerende vejledning, der er udarbejdet af Region Syddanmark og kommunerne i regionen (udsendes forår 2011).

Utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange rapporteres som udgangspunkt til regionen og til det sygehus, der er part i den pågældende sektorovergang, subsidiært det sygehus som sædvanligvis behandler patienter i det pågældende geografiske område.

Den nærmere logistik i rapporteringen er beskrevet i ovennævnte regionale vejledning, og vil kunne justeres og differentieres yderligere på basis af erfaringerne i 2011-12.

3. Behandling af utilsigtede hændelser relateret sektorovergange

Ansvar for at behandle, agere på og drage læring af utilsigtede hændelser i sektorovergange ligger i de lokale samordningsfora for de somatiske sygehuse og i de psykiatriske samordningsfora.

Sygehuset har ansvaret for den umiddelbare modtagelse, behandling og triage af rapporteringerne og kan - afhængigt af den konkrete hændelse - konferere med parterne i den kommunale sektor og primærsektoren om den videre proces eller sende rapporten videre til de involverede parter (f.eks. kommune – apotek eller praktiserende læge – apotek, som så er ansvarlig for den videre undersøgelse og opfølgning på rapporten). Såvel sygehusene som kommunerne udpeger nøglepersoner til at varetage disse opgaver. En praksiskoordinator ved sygehuset og evt. kommunal praksiskonsulent kan inddrages i analysearbejdet, hvor

det er relevant. Sygehusene kan yde rådgivning til kommunerne om opgaven. Eksempler på tilrettelæggelsen af samarbejdet findes i den regionale vejledning.

Rapporterne eller sammendrag heraf tilgår de lokale samordningsfora, som forestår den videre vurdering, evt. analyse og forslag til opfølgning, som led i det øvrige arbejde med kvalitet og patientsikkerhed. Repræsentanter for de øvrige parter i samarbejdet, herunder almen praksis⁷, apoteker mv. – inddrages i relevant omfang.

Beslutninger om opfølgning, der har væsentlige eller ressourcemæssige konsekvenser for driften, tages af samordningsfora i overensstemmelse med disses kommissorier.

4. Formidling af læring på lokalt og regionalt niveau

De lokale samordningsfora, respektive de psykiatriske samordningsfora, har ansvaret for at formidle læring af utilsigtede hændelser i sektorovergange til egne organisationer og samarbejdsparter, i sammenhæng med det løbende arbejde med udvikling af kvalitet i tværsektorielle patientforløb. Formidlingen tilrettelægges i relevant omfang i tværsektorielle sammenhænge.

Samordningsfora bistås i dette arbejde med rådgivning mv. fra Center for Kvalitet og regionens sundhedsstab.

De lokale samordningsfora og de psykiatriske samordningsfora redegør for arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed, herunder utilsigtede hændelser i sektorovergange, i de årlige redegørelser til Sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftalernes parter.

Center for Kvalitet og regionens sundhedsstab tilrettelægger erfaringsudveksling mellem samordningsfora og mellem sektorerne generelt på regionalt niveau.

De lokale og psykiatriske samordningsfora har ansvaret for at gennemføre den nødvendige kompetenceudvikling af nøglepersoner mv. til arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i sektorovergange. Center for Kvalitet og regionens sundhedsstab bistår samordningsfora med den overordnede tilrettelæggelse af kompetenceudviklingen.

⁷ Praksiskoordinator/praksiskonsulenter har ansvar for dialog med og formidling til kollegerne i almen praksis.

Grundaftale om kvalitet og opfølgning

1. Formål

Grundaftalen om kvalitet og opfølgning har til formål at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af sektorer. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Fokus er således primært på de elementer i kvalitetsarbejdet, der vedrører overgange mellem sektorerne og de elementer i de enkelte sektorer, der har direkte relation til overgange.

Målet i aftaleperioden er at skabe et fælles afsæt for kvalitetsarbejdet, således at den sammenhæng, der bør være i patientforløbet, kan understøttes gennem samordning – og gerne integration af sektorenes initiativer, projekter og systemer til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling.

Kvalitetsarbejdet i Region Syddanmark på tværs af region, kommuner og almen praksis skal således bygge på værdier om åbenhed og respekt for sektorenes virke og kvalitetskultur. Alle parter skal have fokus på effekten, der opnås for borgerens eller patientens tilstand. Gode resultater opnås via et højt informations- og kommunikationsniveau på tværs af fag og sektorer, velkoordinerede og sammenhængende forløb, effektiv ressourceudnyttelse, medinddragelse af borgerens/patientens oplevelse af kvalitet samt politisk ejerskab. Respekt for sektorenes virke og forskellige kultur indebærer en anerkendelse af, at der fortsat vil gøre sig forskellige kvalitetsparadigmer gældende i sektorerne. Åbenhed indebærer et fokus på fælles læring, udvikling og en vidtstrakt videndeling.

Det fælles afsæt tager udgangspunkt i perspektiverne om politisk defineret, fagligt defineret, brugerdefineret og organisatorisk kvalitet.

2. Virkefelt

Der gør sig forskellige kvalitetskulturer, -strukturer og -paradigmer gældende for sektorerne. Det skyldes bl.a. de forskellige lovgrundlag og styringsmekanismer, som sektorerne fungerer under. Sundhedsloven definerer eksempelvis ingen specifikke ydelser, mens ydelser efter serviceloven er obligatoriske.

Såvel kommuner som sygehuse og almen praksis arbejder med en evidensbaseret tilgang til kvalitet. Kommunernes kvalitetsarbejde er tillige præget af socialfaglighed og fokus på service og brugertilfredshed. Sygehusenes tilgang til kvalitet er præget af en sundhedsfaglig forskningskultur. Praksissektorens opgaveportefølje tager udgangspunkt i overenskomsten på området, mens den mere helhedsorienterede patientkontakt i nogen grad er fælles med det kommunale virke.

Sektorenes styringsrationaler er overlappende, men i varierende grad rettet mod effekt, service og brugertilfredshed. Således lægger sektorerne varierende vægt på politisk fastsættelse af kvalitetsstandard og serviceniveau, anvendelse af sundhedsfaglige retningslinjer og vejledninger samt dokumentation.

KL har udviklet Den Kommunale Kvalitetsmodel, der ventes at danne baggrund for kvalitetsarbejdet i en del kommuner. Det er den enkelte kommune, der beslutter om kommunen skal arbejde ud fra denne model.

Mens sygehusenes deltagelse i Den Danske Kvalitetsmodel er obligatorisk, er deltagelse frivillig for kommunerne, og der foreligger endnu ikke standarder for praktiserende læger i Den Danske Kvalitetsmodel.

Parterne anerkender således, at der gør sig forskellige styringslogikker og kvalitetsmodeller gældende for de involverede sektorer. Aftalen om kvalitet og opfølgning retter sig alene mod det tværsektorielle sundhedsområde, det vil sige tværsektorielle patientforløb og snitfladerne mellem sektorerne.

Implementering

Initiativer for kvalitetsudvikling og monitorering inden for grundaftalens områder er samlet i denne aftales afsnit 4.

Aftalens initiativer implementeres, monitoreres og evalueres hovedsageligt gennem de lokale samordningsfora.

Hvad angår opgaverne vedr. monitorering kan de bl.a. varetages med udgangspunkt i de værktøjer, der er anvist i Rapport fra den tværsektorielle arbejdsgruppe om kvalitetsmonitorering af sundhedsaftaler og kronikerindsats.

Resultater af kvalitetsmonitoreringen samles op i sygehuse, i praksissektoren og kommuner og behandles samlet i de lokale samordningsfora eller i nedsatte undergrupper hertil. De lokale samordningsfora skal på dette grundlag drøfte nødvendige tilpasninger af drift, arbejdstilrettelæggelse og samarbejdsprocedurer mv. i de enkelte organisationer med henblik på at leve op til sundhedsaftalen og dens grundprincipper.

For at fastholde et løbende fokus på sundhedsaftalens målsætninger skal rapporter over kvalitetsmonitoreringen i henholdsvis kommunalt regi og sygehusregi forelægges de lokale samordningsfora årligt.

De lokale samordningsforas dispositioner og forslag med sammendrag af kvalitetsresultaterne indgår i de lokale samordningsforas årlige afrapportering til Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget og aftalens respektive parter.

Sundhedsaftalen gennemgås årligt i Sundhedskoordinationsudvalget på grundlag af tilbagemeldingerne fra de lokale samordningsfora. Forslag til tilpasninger vil blive udarbejdet i tværsektoriel sammenhæng og forelægges Sundhedskoordinationsudvalget og aftalens respektive parter til godkendelse.

3. Fokusområder

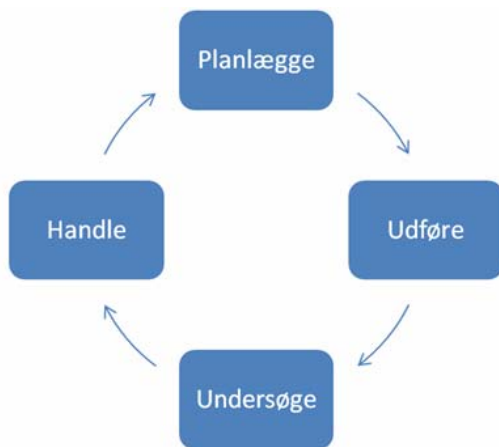
3.1 Sammenhæng i overgange

Et sammenhængende patientforløb fordrer fokus på overgange mellem sektorer, hvor behovet for koordination og kommunikation vokser i takt med graden af kompleksitet i forløbet. Kvalitetsarbejdet bør således tage udgangspunkt i, at patienten/borgeren oplever et patientforløb med kontinuitet, klar og præcis kommunikation og fastlagt koordination mellem sektorerne. I afsnit 4.2 – 4.7 beskrives, hvorledes parterne vil monitorere, sikre og udvikle indsatsen for kronisk sygdom, indlæggelse/udskrivningsforløb, genoptræningsforløb, forløb med udlevering af hjælpemidler eller behandlingsredskaber samt indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Monitorering og opfølgning på samarbejdet om utilsigtede hændelser fremgår af grundaftalen herom.

3.2 Fælles læring

Kvalitetsarbejdet på det tværsektorielle sundhedsområde tager udgangspunkt i kvalitetscirklen:



Sundhedsaftalernes målsætninger og initiativer, implementeres hovedsageligt via de lokale samordningsfora, der ligeledes varetager monitoreringen af og opfølgning på initiativerne. Resultaterne lægges til grund for dialog – både lokalt i de lokale samordningsfora og regionalt i Det Administrative Kontaktforum – med henblik på kvalitetsforbedringer.

Dialogen foregår tværsektorielt med sigte på fælles læring og udvikling af en kvalitetskultur for det tværsektorielle sundhedsområde, som bygger på fælles principper og terminologi.

Grundlaget for udvikling og fælles læring er viden. Aftalens parter efterstræber en tillidsfuld kvalitetskultur, hvor indhentning af oplysninger sker i fælles anerkendelse af, at målet er kvalitetsudvikling.

3.3 Videndeling, herunder dataudveksling

Parterne arbejder for en åben videndeling byggende på tillid og gensidighed. Relevante data og viden skal være tilgængelig hos de rette parter på rette tid og sted på tværs af institutioner. Dette gælder også for data/viden om egen aktivitet og kapacitet samt monitoreringsresultater, med mindre tungtvejende hensyn taler imod dette.

Parterne arbejder for, at data fødes ét sted, så dobbeltregistrering undgås. Muligheden for datasamkørsel på tværs af sektorgrænser afsøges aktivt med henblik på valide, helheds- og forløbsorienterede analyser og viden på nye og eksisterende områder og aspekter i det tværsektorielle patientforløb. Relevante variable, herunder alder og køn, inddrages i arbejdet.

Parterne er opmærksomme på, at ovenstående til enhver tid sker inden for rammerne af relevant lovgivning på området, herunder Persondataloven.

4. Initiativer

4.1 Udarbejdelse af kvalitetsstrategi for det tværsektorielle sundhedsområde

Der skal i aftaleperioden udarbejdes en fælles kvalitetsstrategi, som favner sektorernes paradigmer og styringsmekanismer. Gennem fælles terminologi samt tværsektorielle parametre for kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling er hensigten med en tværsektoriel kvalitetsstrategi at efterleve forpligtigelsen om at sikre

stadig udvikling af kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet jf. Sundhedslovens § 4 og § 193⁸.

Det Administrative Kontaktforum har nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe til udarbejdelse af tværsektoriel kvalitetsstrategi på sundhedsområdet.

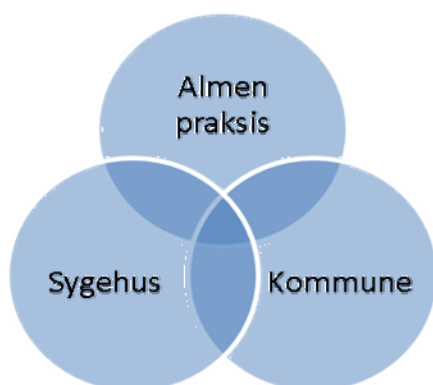
Arbejdsgruppen har til formål at:

- Sikre fælles indikatorer og parametre for styring af sundhedsaftalens initiativer
- Skabe fælles sprog for kvalitet på tværs af sektorer
- Skabe en platform for en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet, som tager hensyn til sektorernes forskellige paradigmer, styringsmekanismer og tilgange til kvalitetsarbejde.
- Sikre at kvalitetsarbejdet tager udgangspunkt i borgerens oplevelse.
- Styrke muligheden for politisk ejerskab til sundhedsaftalen og dens initiativer.

Arbejdsgruppen varetager udarbejdelsen af en fælles kvalitetsstrategi i sundhedsaftaleperiodens første år. Strategien implementeres inden for den resterende sundhedsaftaleperiode.

Kvalitetsstrategien vedtages af Sundhedskoordinationsudvalget efter høring af region, praksis og kommuner.

Da forskellige paradigmer og tilgange gør sig gældende for parterne, retter kvalitetsstrategien sig alene mod udvikling af kvalitet i tværsektorielle patientforløb og overgange og snitflader mellem region, kommuner og praksis. Jf. nedenstående figur er det således fællesmængderne, der er genstand for strategiens virkefelt. De tilgange, der i dag gør sig gældende i de tre sektorer, vil fortsat være gældende fremadrettet. Strategien udarbejdes med udgangspunkt i denne grundaftales formål og værdisæt om åbenhed og respekt for sektorernes virke.



Den tværsektorielle kvalitetsstrategi kan træde i stedet for specifikke elementer i denne aftale under forudsætning af, at der opnås enighed herom mellem alle aftalens parter.

8 § 4: Regioner og kommuner skal i samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde m.v.

§ 193: Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal sikre kvalitetsudvikling af ydelser.

4.2 Monitorering og opfølgning: Grundaftale om indsats for personer med kronisk sygdom

Den målrettede monitorering af forløbsprogrammer for kronisk syge bør med inddragelse af et patientoplevelsesperspektiv fokusere på processer og sammenhæng, herunder især

- om de ydelser der foreskrives i forløbsprogrammerne leveres til de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt og i det anbefalede regi
- om der sker en samlet planlægning og koordinering af indsatsen i samarbejde med patienten

Målepunkter

- Behandlingskvaliteten for patienter med kronisk sygdom overvåges gennem indberetninger til bl.a. Det Nationale Indikatorprojekt og andre kliniske databaser i overensstemmelse med krav i Den Danske Kvalitetsmodel. For så vidt angår kvaliteten i samarbejdsprocesserne og i patientforløbene henvises til de regionale samarbejdsaftaler for henholdsvis det somatiske og det psykiatriske område, hvor aftalerne fastlægger indikatorer for kvalitetsmåling gennem journalaudit mv.
- I regi af Den Danske Kvalitetsmodel foretages (kvalitets)opfølgning i form af audits.
- Der foretages landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) m.v. for en række områder, som vedrører patienter med kronisk sygdom. Det drejer sig bl.a. om aftaler om samarbejde med primærsektoren, information til almen praksis og kommuner ved udskrivelse, udarbejdelse af genoptræningsplan samt forebyggelse og sundhedsfremme.
- En gang årligt foretages en kontrol af om informationerne om kommunernes og sygehusenes forebyggende tilbud er tilgængelige, opdaterede og fyldestgørende på VisInfoSyd.dk.

4.3 Monitorering og opfølgning: Indlæggelses- og udskrivningsforløb, herunder den regionale samarbejdsaftale for samarbejde og kommunikation om patientforløb i det somatiske område (SAM:BO)

De lokale samordningsfora varetager monitoreringen og opfølgning i relation til tværsektorielle patientforløb inden for sundhedsaftalen.

Indikatormålingerne opsamles via de administrative systemer, når det gælder frekvenser og tidspunkter og via audits, når det gælder indhold.

Målepunkter

- SAM:BOs funktionalitet og overholdelse monitoreres løbende.
- Monitoreringen kan tage udgangspunkt i de værktøjer, der er anvist i rapporten: Kvalitetsmonitorering af sundhedsaftaler og kronikerindsatsen i Region Syddanmark, herunder:
 - o Løbende standardrapporter på grundlag af udvalgte eksisterende data om ventetid, informationsudveksling og patienttilfredshed
 - o Tværsektorielle audits
 - o Løbende data vedr. færdigbehandling.
 - o Tidspunkt og indhold i epikriser (følges af praksiskonsulenterne).
- Inden for aftaleperioden skal monitoreringen omfatte følgende målepunkter vedr. udskrivning:
 - o Tidspunkt og indhold i sygehusets kommunikation til kommunen inden udskrivning (forløbsplan, færdigbehandlingsvarsel)
 - o Indikatorer for udvidet koordinering i forbindelse med udskrivning
 - o Tidspunkt og indhold i sygehusets kommunikation til kommunen ved udskrivning (udskrivningsrapport, genoptræningsplan)

4.4 Monitorering og opfølgning: Genoptræning

Følgegruppe for genoptræning

Det Administrative Kontaktforum har nedsat en tværsektoriel følgegruppe for genoptræning, som overordnet skal sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb via klar arbejdsfordeling af opgaverne, relevant information og kommunikation, samarbejde, kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling, implementering og opfølgning mellem sektorerne.

Ansvar for den løbende drøftelse af udmøntningen af snitfladen mellem specialiseret og almen ambulant genoptræning lægges i de lokale samordningsfora samt i den tværsektorielle følgegruppe for genoptræning.

Målepunkter

- "Snitflade mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning efter sundhedslovens § 140 i Region Syddanmark" tages op til vurdering i samordningsfora en gang årligt.
- En gang i aftaleperioden udføres en kvalitativ audit af indholdet i udarbejdede genoptræningsplaner.
- Ultimo 2012 udføres en audit af tidspunktet for påbegyndelsen af det ambulante genoptræningsforløb. Auditten skal være ledsaget af en patienttilfredshedsundersøgelse, som afdækker den patientoplevede kvalitet.
- Følgegruppen for genoptræning arbejder for at etablere fælles databaser vedr. genoptræningsforløbene med henblik på effektmåling og kvalitetsudvikling. Der sker en opfølgning ved afrapportering til DAK i 2011.
- En gang årligt foretager de lokale samordningsfora kontrol af, om informationerne om genoptræningstilbud er tilgængelige, opdaterede og fyldestgørende på VisInfoSyd.dk. Afrapportering sker i de lokale samordningsforas årsrapport til sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter, herunder Følgegruppe for genoptræning.

4.5 Monitorering og opfølgning: Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Følgegruppe for behandlingsredskaber og hjælpemidler

Den tværsektorielle følgegruppe for behandlingsredskaber og hjælpemidler har til opgave at følge udviklingen på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Målepunkter

- Følgegruppen ajourfører *Casekatalog: Regionen og kommunernes ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark* (bilag 1), hvoraf arbejdsdelingen mellem region og kommuner for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber fremgår. Casekataloget udbygges med relevante principielle cases, som kan hjælpe til daglig afklaring af arbejdsdeling og ansvar imellem kommunerne og regionen. Følgegruppen sikrer efter hvert ordinært møde opdatering af casekataloget på VisInfoSyd.dk.
- I forbindelse med evalueringen af SAM:BO skal det vurderes, om forløbsplanerne forholder sig til patientens behov for hjælpemidler og behandlingsredskaber.
- I forbindelse med den regionale del af den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) søges indarbejdet spørgsmål omkring hjælpemidler.
- De lokale samordningsfora følger og sikrer kvaliteten af leveringstider, behandlingsredskabernes/hjælpemidlernes funktion, udlevering og tilbagelevering af behandlingsredskaber/hjælpemidler.

4.6 Monitorering og opfølgning: Forebyggelse og sundhedsfremme

Ansaret for opfølgningen af målepunkter på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet varetages af de lokale samordningsfora.

Parterne aftaler i fællesskab, hvordan der kan følges op på det kvantitative og kvalitative indhold i udarbejdede henvisningsmeddelelser, f.eks. gennem audits.

Målepunkter

- En gang årligt foretages en kontrol af om informationerne om kommunernes og sygehusenes forebyggende tilbud er tilgængelige, opdaterede og fyldestgørende på VisInfoSyd.dk.
- En gang hvert fjerde år monitorerer sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?" udviklingen af folkesundheden på regionalt og kommunalt niveau. Sundhedsprofilen belyser emner som KRAM, kroniske sygdomme samt trivsel og ændringer i denne. Sundhedsprofilen bidrager således med nyttig viden for både kommuner og region i forhold til at målrette og optimere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Næste sundhedsprofilundersøgelse gennemføres i 2013 med henblik på at resultaterne kan indgå i sundhedsaftaleprocessen 2014.

4.7 Monitorering og opfølgning: Mennesker med sindslidelser

De lokale psykiatriske samordningsfora sikrer drøftelse af og opfølgning på monitorering af de tværsektorielle patientforløb inden for sundhedsaftalerne samt dialog om øvrige snitflader og aktuelle problemstillinger.

Målepunkter

Akkreditering ud fra Den Danske Kvalitetsmodel er obligatorisk for sygehusene. Kommunerne kan på frivillig basis arbejde ud fra Den Danske Kvalitetsmodel eller Den Kommunale Kvalitetsmodel.

Den Danske Kvalitetsmodel

- *Utilsigtede hændelser*
Alle rapporterede utilsigtede hændelser, der går på tværs af sektorer dagsordenssættes på hvert psykiatrisk samordningsforums møder (alvorlige hændelser, der kræver øjeblikkelig handling, skal håndteres af parterne i umiddelbar forlængelse af hændelsens indtræffen).
- *Journalaudit på henvisning, indlæggelse og udskrivning*
Der monitoreres på
 - o Indhold af henvisning, jf. aftalte retningslinjer på hvert af de psykiatriske områder børne- og ungdomspsykiatri, demens samt øvrig psykiatri
 - o Udsendelse af kvitteringsskrivelse til patienten inden for lovgivende tidsramme
 - o Tid tilbudt patienten i henhold til aftalt retningslinje
 - o Indhold og udsendelse af epikrise inden for lovgivne tidsramme

Tilfredshedsundersøgelser

- Patientens oplevelse af samarbejde mellem sektorerne
- Patientens oplevelse af, at der videregives relevant information omkring opfølgning til kommunen ved udskrivelse

Dialog om intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko

Definitioner og henvisninger til begrebsforklaringer i grundaftalen

For ord og begreber der er forklaret i grundaftalen, henvises til pågældende afsnit.

For øvrige ord og begreber er anført en så vidt mulig national definition eller beskrivelse.

	Grundaftale	Afsnit
	Eller definition	
Administrative Kontaktforum, Det	Værdier, samarbejde og organisering	1.2
Aktivitetsbestemt medfinansiering	Deling af information om aktivitet, økonomi og kapacitet	3.
Alvorligt syge og døende	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	5.
Ambulant genoptræning	Genoptræning	1.3
Ambulante fødsler	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	4.4
Basislisten	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	7.
Behandlingsredskaber	Behandlingsredskaber og hjælpemidler	2.1
Børn i familier med sindslidende	Mennesker med sindslidelser	9.
Børne- og ungdomspsykiatri	Mennesker med sindslidelser	7.3
Casekatalog	Behandlingsredskaber og hjælpemidler	2.3
Demensområdet	Mennesker med sindslidelser	7.4
Egenomsorg	Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, psykiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer, som følge af at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg er en sundhedsaktivitet, som en patient eller anden borger udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed. <i>Kilde: Terminologi Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, Sundhedsstyrelsen, 2005.</i>	
Familieambulatorier	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	4.4
Forebyggelse	Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden. <i>Kilde: Sundhedsstyrelsen: Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005</i>	
Forlagt sygehusbehandling	Deling af information om aktivitet, økonomi og kapacitet	4.
Fælles akutmodtagelse (FAM)	Indlæggelses- og udskrivningsforløb Mennesker med sindslidelser	3.2 5.
Fælles udskrivningsplanlægning	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	3.1
Færdigbehandling	Når patientens tilstand er stationær, og yderligere forbedringer af tilstanden ikke kan forventes ved fortsat sygehusbehandling, er patienten færdigbehandlet. Det er en lægelig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet. Afgørelser heraf foretages af lægen på det pågældende sygehus. <i>Kilde: Vejledning om genoptræning, Indenrigs- og sundhedsministeriet og Socialministeriet, 2004</i>	
Fødeplanen	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	4.

	Grundaftale	Afsnit
	Eller definition	
Genoptræning	Genoptræning efter sundhedsloven og serviceloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. <i>Kilde: Vejledning om træning i kommuner og regioner, december 2009</i>	
Genoptræningsforløbsbeskrivelser	Genoptræning	4.1
Henvisning	Forebyggelse og sundhedsfremme	5.
Hjælpemidler	Behandlingsredskaber og hjælpemidler	2.1
It-strategien	It, telemedicin og velfærdsteknologier	2.
Konsekvensvurderinger	Deling af information om aktivitet, økonomi og kapacitet	7.
Kontaktperson	Indsats for personer med kronisk sygdom Genoptræning Behandlingsredskaber og hjælpemidler Forebyggelse og sundhedsfremme Mennesker med sindslidelser	4. 2.1 5.2 4.2; 5. 2.3; 7.1; 7.2
Korrespondance-kommunikation	It, telemedicin og velfærdsteknologier	4.
Kronisk sygdom	Indsats for personer med kronisk sygdom	
Kvalitetsmodel, den danske	Kvalitet og opfølgning	2.
Kvalitetsmodel, kommunale	Kvalitet og opfølgning	2.
Kvalitetsstrategi	Kvalitet og opfølgning	4.1
LEON-princippet	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	1.
Livsstilsintervention	Forebyggelse og sundhedsfremme	3.; 4.1
Livsstilssygdomme hos mennesker med sindslidelser	Forebyggelse og sundhedsfremme Mennesker med sindslidelser	9. 11.
Lokalt samordningsforum	Værdier, samarbejde og organisering	1.3
Lægemedelråd	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	7.
MedCom standarder	En kommunikationsstandard bruges til ensrettet dataudveksling mellem IT-systemer. Der skal være enighed om, hvad der udveksles, hvordan det udveksles og hvilket format, standarderne sendes i. Standarder har den betydning, at alle udveksler data på samme måde, hvorved forskellige systemers data bliver kompatibelt. MedCom er et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor.	
Meddelelsesbaseret kommunikation	It, telemedicin og velfærdsteknologier	3.1
Medicingennemgang	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	7.
Mental sundhed	Mennesker med sindslidelser	11.2
Misbrug	Mennesker med sindslidelser	7.2
Monitorering	Kvalitet og opfølgning	4.2 - 4.7
Opgaveoverdragelse	Deling af information om aktivitet, økonomi og kapacitet	4.

	Grundaftale	Afsnit
	Eller definition	
Patientens Plan	Indsats for personer med kronisk sygdom	4.
Patientforløbsprogrammer	Indsats for personer med kronisk sygdom	5.
Patientrettet forebyggelse	Patientrettet forebyggelse er en indsats med det formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Målsætningen for patientrettet forebyggelse er at optimere patientforløbene og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst mulig vare på sig selv. Det forudsætter, at den enkelte patient i videst muligt omfang får de kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve en god egenomsorg, fx gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning. Målgruppen for den patientrettede forebyggelsesindsats er afgrænset til personer med en lægediagnosticeret sygdom.	
Patientuddannelse	Patientuddannelse er en samlet betegnelse for de aktiviteter, der foregår i uddannelsesprocessen af patienter med kronisk sygdom. Patientuddannelse defineres som strukturerede forløb – typisk i hold af patienter – med det formål at øge patienternes livskvalitet og handlekompetence i forhold til deres sygdom. Der skelnes mellem sygdomsspecifik og generel patientuddannelse	
Patientuddannelse, generel	<i>Generel patientuddannelse</i> er en formidling af erfaringer og viden om det at leve med en kronisk sygdom, der går på tværs af diagnoser. Formidlingen kan varetages af sundhedsprofessionelle eller af undervisere, som selv er patienter. Eksempel på patient-underviser-patient uddannelse er det af Sundhedsstyrelsen anbefalede Stanford-program.	
Patientuddannelse, sygdomsspecifik	<i>Sygdomsspecifik patientuddannelse</i> er en formidling af specifikke forhold vedrørende den konkrete sygdom, eksempelvis hjertesygdom, diabetes, KOL etc. Formidlingen indgår som et led i behandlingen og rehabiliteringen af kronisk syge og varetages af sundhedsprofessionelle med faglig og pædagogisk baggrund. Indholdet kan omfatte specialiserede sygdomsspecifikke elementer og elementer af mere generel karakter.	
Praksiskonsulentordning	Værdier, samarbejde og organisering	2.3
PSP-samarbejde	Mennesker med sindslidelser	2.3
Psykiatrisk samordningsforum	Værdier, samarbejde og organisering	1.3
Rationel farmakoterapi	den lægemiddelbehandling, der giver: - størst virkning - de mindst alvorlige og det færreste antal bivirkninger - den lavest mulige behandlingspris	

	Grundaftale	Afsnit
	Eller definition	
Regime	Lægeligt fastsatte retningslinjer for hvilke bevægelser en nyopereret ortopedkirurgisk patient må og ikke må foretage, for ikke at forringe behandlingsresultatet. Eksempler på patienter der skal følge et regime, kan være patienter med instabile fracturer, rygopererede patienter og patienter med bækkenfraktur, hvor patienten ikke må støtte på benet. Eller patienter med skulderfrakturer, hvor patienten først må begynde at træne efter en behandlingsplan lagt af operatøren.	
Rehabilitering	Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har – eller er i risiko for at få – betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. <i>Kilde: Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabilitering. MarselisborgCentret, 2004.</i>	
Rådgivning på forebyggelsesområdet	Forebyggelse og sundhedsfremme	6.
SAM:BO	Indlæggelses- og udskrivningsforløb	3.
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	Mennesker med sindslidelser	7.1
Snitflade mellem almen og specialiseret genoptræning	Genoptræning	3.
Specialiseret ambulant genoptræning	Genoptræning	3.
Stratificering	Indsats for personer med kronisk sygdom	3.
Sundhedsfremme	Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence. <i>Kilde: Sundhedsstyrelsen: Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005</i>	
Sundhedsprofiler	Forebyggelse og sundhedsfremme	7.
Sundhedskoordinationsudvalget	Værdier, samarbejde og organisering	1.2
Sårbare patienter	Forebyggelse og sundhedsfremme	4.2
Telemedicin	It, telemedicin og velfærdsteknologier	3.1; 5.
Tilknytningsprincip	Behandlingsredskaber og hjælpemidler	2.2
Tovholder	Indsats for personer med kronisk sygdom	2.
Utilsigtede hændelser	Samarbejdet om utilsigtede hændelser	1.
Varsling af udskrivning	Mennesker med sindslidelser Forebyggelse og sundhedsfremme	7.1.2 4.1
Velfærdsteknologi	It, telemedicin og velfærdsteknologier	3.1; 5.
VisInfoSyd	Værdier, samarbejde og organisering	1.2

Oversigt over bilag til grundaftale 2011-14 mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner

Grundaftaleafsnit	Bilag
<i>Vision om fælles sundhed</i>	Ingen bilag
Tværgående afsnit:	
<i>Værdier, samarbejde og organisering</i>	Ingen bilag
<i>Deling af information om aktivitet, økonomi og kapacitet</i>	Ingen bilag
<i>Tværasektoriel it-anvendelse og velfærdsteknologi</i>	It-strategi udarbejdes, men indgår ikke som bilag
<i>Indsatsen for personer med kronisk sygdom</i>	Grundaftalen indeholder referencer til forløbsprogrammer. Disse kan indgå som bilag til de specifikke aftaler, hvis det aftales med den enkelte kommune.
Indsatsområderne:	
<i>Indlæggelses- og udskrivningsforløb</i>	SAM:BO http://regionsyddanmark.dk/wm258038
	Revideres løbende.
	Fælles udskrivningsplanlægning http://regionsyddanmark.dk/wm258038
	Samarbejdsaftale om alvorligt syge og døende http://regionsyddanmark.dk/wm338071
	Samarbejdsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse (PD) i eget hjem http://regionsyddanmark.dk/wm338072
	Samarbejde mellem Region Syddanmark og kommunerne i forbindelse med borgere, som skal overvåges i eget hjem pga. brug af respiratorisk udstyr http://regionsyddanmark.dk/wm338073
<i>Genoptræning</i>	Retningslinje for genoptræningsplaner http://regionsyddanmark.dk/wm286225
	Snitflade mellem almen og specialiseret ambulant genoptræning (snitfladekataloget) http://regionsyddanmark.dk/wm282993
	Revideres løbende.
<i>Behandlingsredskaber og hjælpemidler</i>	Casekatalog: Ansvarsfordeling for behandlingsredskaber og hjælpemidler. http://regionsyddanmark.dk/wm280640
	Revideres løbende.

<i>Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse</i>	Strategi for Region Syddanmarks rådgivningstilbud til kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme. http://regionsyddanmark.dk/wm277991 Grundaftalen indeholder referencer til forløbsprogrammer. Disse kan indgå som bilag til de specifikke aftaler, hvis det aftales med den enkelte kommune.
<i>Indsatsen for mennesker med en sindslidelse</i>	Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område http://regionsyddanmark.dk/wm219445
	Regional samarbejdsaftale mellem børne- og ungdoms-psykiatrien, kommunerne og praksis http://regionsyddanmark.dk/wm317381
	Fælles regional samarbejdsaftale på demensområdet http://regionsyddanmark.dk/wm316154
<i>Samarbejdet om utilsigtede hændelser</i>	En regional vejledning udarbejdes og vil foreligge foråret 2011.
<i>Kvalitet og opfølgning</i>	Kvalitetsstrategi udarbejdes i løbet af 2011 og vil efter godkendelse indgå som bilag.

Bilag til sygehusspecifikke og kommune specifikke aftaler

Bilag A: Kommissorium for Samordningsforum Fyn

Bilag B: Patientforløb ved udvalgte kroniske sygdomme

- Forløbsprogram for KOL
- Patientforløb for Diabetes 2
- Patientforløb for hjerte

Bilag C: Aftale vedr. hjemmebesøg ml. OUH og de fynske kommuner

Bilag D: Oversigt over forhåndstilsagn

Bilag E: Indlæggelses og udskrivningsforløb

Bilag F: Samarbejdsaftale for gerontopsykiatrien

Bilag G: Bidrag til sundhedsaftaler på psykiatriområdet vedr. behandling af sindslidende med misbrugsproblemer

Aftalen findes på regionens hjemmeside: <http://regionsyddanmark.dk/wm205678>

Bilag A: Kommissorium for Samordningsforum Fyn

Kommissorium for Samordningsforum Fyn

Samordningsforum Fyn (SOFF) etableres i henhold til grundaftale for sundhedsaftaler mellem Region Syddanmark, almen praksis og kommunerne i Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus primære optageområde.

Formålet med SOFF er, at skabe rammer for en konstruktiv dialog mellem sygehuset, almen praksis og de nærliggende kommuner med henblik på at fremme lokal samordning og sammenhæng i sundhedsydelserne, jf. sundhedsaftalerne.

Samarbejdet skal baseres på gensidig åbenhed og dialog, i respekt for hver enkel parts opgaveansvar og regelgrundlag.

Sammensætning

SOFF omfatter kommunerne: Assens, Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Langeland, Nordfyn, Nyborg, Odense, Svendborg og Ærø samt almen praksis og OUH.

Midelfart Kommune er associeret medlem af samordningsforum og underudvalg.

Repræsentation

OUH repræsenteres ved direktionen samt repræsentanter fra relevante afdelingsledelser. Hver kommune repræsenteres ved en ledelsesrepræsentant. Praksisområdet repræsenteres ved to praksiskoordinatorer fra OUH. Stedfortræder indtræder ved forfald.

Opgaver

SOFF har til opgave at medvirke til gennemførelse af sundhedsaftalerne og at leve op til aftalernes grundlæggende formål og værdier. Det sker bl.a. ved

- Varetagelse af lokal planlægning, driftstilpasning og kvalitetsovervågning.
- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv.
- Initiere og følge op på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder
- Koordinere kapacitet i henholdsvis sygehus- og kommunalt regi
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Behandle fortolkningsspørgsmål
- Fremme oplysning og faglig kontakt på tværs af sektorer, almen praksis og kommuner

Til varetagelse af de specifikke elementer af sundhedsaftalerne nedsættes en række stående udvalg, som bistår SOFF i løsning af opgaver på de pågældende områder. SOFF kan også nedsætte arbejdsgrupper ad hoc. SOFF udarbejder kommissorier for disse udvalg/grupper.

Det er SOFF's opgave, at bidrage til udviklingen i sundhedsvæsenet gennem fælles udviklingsprojekter og løbende at tilpasse driften til de ændrede forudsætninger, som udviklingen medfører.

Sygehuset bidrager til belysning af konsekvenser af omlægninger af sygehus-aktiviteterne for den kommunale kapacitet, organisation, kompetencekrav og samarbejdsrelationer, herunder sammenhængen til almen praksis. Tilsvarende bidrager kommunerne med oplysning vedr. kommunal aktivitet på områder, som har betydning for realisering af sundhedsaftalerne og sygehusets behandlingskapacitet

Tilbage melding og reference

SOFF afgiver en årlig beretning til sundhedskoordinationsudvalget om varetagelsen af opgaverne i henhold til sundhedsaftalerne samt om forhold, der har været drøftet i det forgangne år.

Spørgsmål under grundaftalerne af principiel karakter, skal forelægges for Sundhedskoordinationsudvalget til afgørelse. SOFF kan anmode sundhedskoordinationsudvalget om at drøfte problemstillinger.

Bilag B: Patientforløb ved udvalgte kroniske sygdomme

Forløbsprogram for KOL

ved behandlingsstederne under OUH og tilknyttede kommuner

Sygdomsstadie og aktører i KOL-rehabiliteringen			
	Meget svær og svær KOL: Sygehus FEV ⁹ ≤ 50 % af forventet	Moderat KOL: Kommune/ almen praksis 50% <FEV ≤ 80 % af forventet	Mild KOL: Kommune/ almen praksis FEV > 80 af forventet
Personen fremtræder umiddelbart	Meget svær: Kronisk præget Svær: Med flere kliniske fund	Visse fund	Rask
Egen-omsorgsevne	Vurdering af egenomsorgsevne	Almen praksis Vurdering af egenomsorgsevne	
Undervisning i KOL/ patientuddannelse	Undervisning i sygdomsforståelse og behandling, lungefysioterapi samt effekt af KOL-rehabilitering. Evt. med inddragelse af pårørende Kommune: fastholdende og opfølgende eks via hjemmepleje, sygepleje, gruppebaserede tilbud	Almen praksis Undervisning i sygdomsforståelse og effekt af KOL-rehabilitering. Evt. med inddragelse af pårørende Kommune: fastholdende og opfølgende eks via hjemmepleje, sygepleje, gruppebaserede tilbud	
Rygeafvænning	Opsporing, information, motivation og henvisning til intervention ¹⁰	Almen praksis Individuel rygestop Kommune Gruppebaseret rygestop	
Alkohol	Opsporing, information, motivation og henvisning til intervention Kommune Alkoholbehandling efter henvisning.	Almen praksis Opsporing, information, motivation og henvisning til intervention Kommune Alkoholbehandling	
Genoptræning/ fysisk træning	7 ugers genoptræning samt hjemmetræning. Indledt og afsluttet med test. Kommune Opfølgende vedligeholdelsestræning.	Kommune Superviseret træning. Indledt og afsluttet med test.	Almen praksis Motivation til selvtræning. Kommune Tilskyndelse til fysisk aktivitet.
Ernæringsvejledning og behandling	Individuel ernæringsscreening og ernæringsvejledning. Evt. suppleret med opfølgende vejledning på gruppebasis i kommunalt regi	Almen praksis Årlig ernæringsscreening. Kan henvise til diætist. Kommune fastholdende og opfølgende eks via hjemmepleje, sygepleje, gruppebaserede tilbud	Kommune Mulighed for vejledning på

⁹ FEV= forceret ekspiratorisk volumen. Et udtryk for lungernes funktion pba udåndingskapacitet over 1 sekund

¹⁰ Kommunerne ønsker at sygehuset tilbyder rygestop ved indlæggelse – i overensstemmelse evidens for rygningens betydning og det regionale program, som angiver at også sygehuset skal tilbyde hjælp til rygestop (s.10). Det Nationale Indikator Program (NIP) indeholder ikke et rygestoptilbud på sygehuset, men angiver at sygehuset skal opfordre til rygestop.

			gruppebasis.
Psykosocial støtte	Samtaler med patient og evt. pårørende	Almen praksis Samtaler med patient og evt. pårørende	
Vejledning i brug af medicin	Fastlæggelse af medicinsk behandling samt vejledning om korrekt anvendelse af medicin, herunder inhalationsteknik Kommunen understøtter lægens og apotekets vejledning; herunder inhalationsteknik.	Almen praksis Er ansvarlig for fastlæggelse af relevant medicinsk behandling. Kommunen understøtter lægens og apotekets vejledning; herunder inhalationsteknik.	
Kontrol af den kroniske lidelse	Meget svær: På sygehus – eventuelt shared care regi Svær: Egen læge og evt. på sygehus	Almen praksis Jævnlig kontrol af lungefunktion	
Opfølgning	Opfølgning efter individuel faglig vurdering	Almen praksis Opfølgning efter individuel faglig vurdering	

KOL-rehabiliteringsprogrammet følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger¹¹

I princippet er kravene de samme uanset om patientuddannelsen foregår i sygehus eller kommunalt regi. Det er sygdomsgraden som afgør om tilbuddet lægges det ene eller det andet sted. Visitation til KOL rehabilitering sker via egen læge (ved svær og meget svær KOL kan sygehuset visitere til eget tilbud) ved moderat KOL sker henvisningen til det kommunale rehabiliteringstilbud.

¹¹ KOL-Kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. København 2006. Sundhedsstyrelsen. Primært kapitel 4

Patientforløb for Diabetes 2

Udgangspunkt

Patientforløbsprogram til voksne med type 2 diabetes i Region Danmark, april 2010.

Tekst med kursiv er fra forløbsprogrammet om Diabetes, Region Syddanmark.

Personer med diabetes med god egenomsorgsevne gruppe I og gruppe II

Personer med diabetes med god egenomsorgsevne (modellens gruppe I og gruppe II) får tilbud om det grundlæggende diabetesskoleophold på en diabetesskole på sygehuset. De bliver henvist fra egen læge, alternativt henviser sig selv.

Personer med diabetes med ringe egenomsorgsevne gruppe III og IV

Personer i gruppe III og i gruppe IV med ringe egenomsorgsevne har også brug for patientuddannelsesstilbud, og som oftest vil dette være varetaget i almen praksis ved individuel undervisning, alternativt individuel undervisning i diabetesambulatoriet. Odense Kommune har pr. 1. maj 2010 tilbud til personer med diabetes i gruppe III og i gruppe IV, hvor der er behov for et fastholdende, rehabiliterende og/eller et opfølgende tilbud.

	Sygehus / Almen praksis (AP)	Kommune <i>Kommunal opfølgning og vedligeholdelse for borgere med ringe egen omsorgsevne</i>
Sygdommens natur	Undervisning i sygdomsforståelse <i>At personen med diabetes</i> ▪ har kendskab til fordøjelse og stofskifte under normale forhold og ved diabetes ▪ har viden om og forståelse for de årsager, der udvikler diabetes ▪ kender sin egen diabetestype og arv ▪ er bevidst om egen diabetestypes konsekvenser for livsstil og livskvalitet	Støtte til sygdomsforståelse og konsekvenser for livsstil og livskvalitet via hjemmepleje, sygepleje, gruppebaserede tilbud
At leve med diabetes	<i>Patientundervisning i det at leve med diabetes.</i> <i>At gøre det komplekse enkelt i et hverdagsliv</i>	Patientundervisning i det at leve med diabetes Støtte til sygdomsforståelse og handlekompetence via hjemmepleje, sygepleje, gruppebaserede tilbud <i>Opbakning/fastholdelse / støtte op om det at leve med diabetes</i>
Alkohol	▪ har viden om og forståelse for alkohols virkning på krop og psyke ▪ kender egne reaktioner af	Tilbud om alkoholbehandling i kommunen Støtte op om borgerens viden og forståelse for alkohols

	Sygehus / Almen praksis (AP)	Kommune <i>Kommunal opfølgning og vedligeholdelse for borgere med ringe egen omsorgsevne</i>
	<i>alkohols virkning</i> ▪ <i>er bevidst om alkohols betydning for regulation af blodglukose, blodlipider, blodtryk og kropsvægt</i> ▪ <i>er bevidst om egne alkohol- og kostvalg samt fravalg i forskellige situationer</i>	betydning for diabetes via sygepleje og gruppebaseret patientuddannelse
Kost	Individuel diætbehandling med kostanamnese og diætvejledning i forløb eller hos AP <i>At personen med diabetes</i> ▪ <i>har viden om og forståelse for kostens betydning i forhold til regulation af blodglukose, blodlipider, blodtryk og kropsvægt samt forebyggelse og behandling af senkomplikationer</i> ▪ <i>kan omsætte anbefalingerne for diabeteskost til praktiske handlinger (fx via fantasi, hjemmeopgaver mv.)</i> ▪ <i>er bevidst om egne kostvaner; kostens betydning for egen livskvalitet</i> ▪ <i>er bevidst om kost og fysisk aktivitet som faktorer til blodglukoseregulation</i> ▪ <i>opstiller egne mål for kostvaner eller samarbejder med behandler om det i forhold til, hvad der er vigtigt og muligt at opnå</i>	Opfølgende og fastholdende eks via hjemmepleje, sygepleje og kostvejledning på gruppebasis. <i>At personen med diabetes:</i> ▪ <i>har kendskab til steder, hvor der kan rekvireres yderligere information om diabeteskost</i> ▪ <i>kan omsætte anbefalingerne for diabeteskost til praktiske handlinger</i>
Fysisk træning	Initial vejledning om og gennemførelse af fysisk træning <i>Initial undervisning og diabetesrelateret vejledning.</i> <i>At kunne kombinere diabetes med andre diabetesrelaterede sygdomme (fx hjerte-karsygdomme, nyresygdomme, problemstillinger ved diabetiske fodsår, forandringer i øjenbaggrunden) med et aktivt fysisk liv, samt kunne regulere</i>	Træningsforløb i kommunale tilbud med udslusning til lokale fastholdende tilbud 1. Hvis der ved afslutning på behandling på sygehuset er behov for genoptræning, varetager kommunen genoptræning. Efter genoptræningsplan jfr sundhedsloven 2. Vedligeholdelsestræning jfr serviceloven 3. Opfølgende Fysisk træning i

	Sygehus / Almen praksis (AP)	Kommune <i>Kommunal opfølgning og vedligeholdelse for borgere med ringe egen omsorgsevne</i>
	<i>og påvirke den medicinske behandling med kost og motion</i>	forbindelse med patientuddannelse. Al træning indledes og afsluttet med test.
Metabolisk regulation	Information om blodglukoseregulation i forhold til blodglukosemåling Undervisning i blodglukoseregulation i forhold til blodglukosemåling, hypo- og hyperglykæmi	Ved individuelt vurderet behov og anmodning om det: Undervisning i blodglukoseregulation i forhold til blodglukosemåling, hypo- og hyperglykæmi via sygepleje og gruppebaseret patientuddannelse
Medicinsk behandling af hyperglykæmi	Igangsætning af relevant medicinsk behandling og information om selvmonitorering <i>Medvirke til at sikre, understøtte og motivere til personen med diabetes får relevant medicinsk behandling samt har forståelse for selvmonitorering</i>	Medvirke til at understøtte og motivere til at personen med diabetes får relevant medicinsk behandling samt har forståelse for selvmonitorering via sygepleje og gruppebaseret patientuddannelse
Tilstødende sygdomme og diabetiske senkomplikationer	Patientundervisning <i>At personen med diabetes</i> ▪ kender de diabetiske senkomplikationer, der kan opstå, samt hvilke tiltag han/hun selv kan foretage med henblik på forebyggelse heraf ▪ kender egne reaktioner og handler hensigtsmæssigt på sygdom/stress	Patientundervisning Opfølgning og fastholdelse efter diabetesskole via hjemmepleje, sygepleje, gruppebaserede tilbud
Fodpleje og behandling	<i>Kræver specialistundervisning ved f.eks statsautoriseret fodterapeut</i> <i>At personen med diabetes</i> ▪ er bevidst om føddernes betydning for livskvalitet ▪ udfører egenomsorg i relation til forebyggelse af fodkomplikationer ▪ er bevidst om, hvorvidt han/hun har en risikofod ▪ kan vurdere, hvad hensigtsmæssigt fodtøj er ▪ har kendskab til tilskudsmuligheder	Opfølgning og vedligeholdelse efter diabetesskole via hjemmepleje, sygepleje, gruppebaserede tilbud

	Sygehus / Almen praksis (AP)	Kommune <i>Kommunal opfølgning og vedligeholdelse for borgere med ringe egen omsorgsevne</i>
Graviditet	Undervisning i metabolisk regulation før og under graviditet. At kvinden med diabetes ▪ har forståelse for betydningen af god metabolisk regulation før og under graviditet ▪ har forståelse for, hvordan man gennemfører en så normal graviditet som muligt ▪ er bevidst om egne følelser/reaktioner i relation til at skulle gennemføre en graviditet	
Sociale forhold	At personen med diabetes ▪ kender aktuelle medicintilskudsregler ▪ kender aktuelle regler om tilskud til indkøb af blodglukoseapparat, blodglukosestiks, kanyler m.m. ▪ kender andre regler som kronikertilskud, merudgiftstilskud, pensionsforhold, hvis relevant for den enkelte	Henvi sning til kommunal sagsbehandler
Rejser	At personen med diabetes ▪ har viden om og forståelse for forholdsregler i forbindelse med rejser ▪ håndterer forholdsreglerne hensigtsmæssigt ved rejseaktivitet	Er kommunen bekendt med et behov hos borgeren støttes op om at borgeren henvender sig til egen læge, der informerer om håndtering af forholdsregler ved rejser
Rygning	Opsporing, information, motivation, ved motivation for rygestop opstart på individuelt rygestop eks farmakologisk behandling, henvisning til intervention	Gruppebaseret rygestopintervention

Patientforløb for hjerte

Arbejdsdeling på hjerteområdet mellem OUH, kommunerne og almen praksis

Arbejdsdelingen er udarbejdet på baggrund af de forløbsprogrammer, som Det Administrative Kontaktforum i Region Syddanmark har tiltrådt, samt nationale anbefalinger for hjerterehabilitering.

I den regionale stratificeringsmodel er der et delt rehabiliteringsforløb mellem sygehus og kommune. Det gælder patienter i kategori 2: kompleks sygdom god egenomsorgsevne og kategori 4: kompleks sygdom og ringe egenomsorgsevne.

Kategori 3: enkel sygdom ringe egenomsorgsevne tilbydes evt. et kommunalt baseret rehabiliteringsforløb

Kategori 1: enkel sygdom god egenomsorgsevne tilbydes ikke et rehabiliteringsforløb

Nedenstående model baseres på de rehabiliteringsforløb som begynder i sygehusregi og fortsættes i kommunalt regi – dvs. kategori 2 og 4.

Tovholderens rolle er følgende:

- At sikre koordinering af den faglige indsats
- At vurdere patientens helbred løbende
- At følge systematisk op
- At planlægge patientforløbet

At bidrage til fastlæggelse og løbende revision af behandlingsmål.

Kommunen er løbende forpligtet til at orientere om sine tilbud på VisinfoSyd.

	Fase 1 Sygehus	Fase 2 Sygehus	Fase 2 Kommunen /Almen praksis	Fase 3 Kommunen/ Almen praksis/ sygehus 3. – 12. md.
	Dage	Uger	Måneder	
Planlægning af individuelt program	Ved udskrivelse udarbejdes individuel plan.	≤ 2 uger efter udskrivelse. Revurdering af behov for rehabilitering. Graden af egenomsorg vurderes.	<u>Kommunen:</u> Individuel samtale med revurdering af behov for rehabilitering.	<u>Kommunen:</u> Følger op på patientens program <u>Almen praksis:</u> Er tovholder
Patientinformatio n og undervisning	Indledende motivation og samtale inden udskrivelse.	Gruppebaseret.	<u>Kommunen:</u> Gruppebaseret undervisning Kommunen vurderer om patienten har behov for individuelle foranstaltninger i hjemmeplejen/hjemmesy geplejen. <u>Almen praksis:</u> Almen praksis understøtter, hvad der er igangsat fra sygehuset og i øvrigt varetager information og	<u>Almen praksis:</u> Opfølgning.

			viderehenvielse til kommunale tilbud som en del af tovholderfunktionen.	
Rygestopinstruktion	Indledende information og motivation.	Afdækning af motivation for rygestop. Der bør være mulighed for rygestopinstruktion. ¹²	<u>Kommunen:</u> I kommunen tilbydes gruppebaseret rygestop. <u>Almen praksis:</u> Individuel rygestopinstruktion. Hvis der pågår individuel medicinsk/farmakologisk understøttende behandling varetages dette af egen læge.	<u>Kommunen:</u> Kommunens almene rygestoptilbud. <u>Almen praksis:</u> Evt. Ved opfølgende kontrol 3. og 12. måned – afdække rygevaner & motivation
Kostvejledning	Ernæringsscreening Kostvurdering Indledende information og motivation.	Information samt fastlæggelse af behov for yderligere diætetisk vejledning	<u>Kommunen:</u> Gruppebaseret kostvejledning ¹³ <u>Almen praksis:</u> Hos nogle almen praktiserende læger er der individuel kostvejledning til patienter, der har behov herfor. Kan desuden henvise til individuelle forløb ved diætist mod egenbetaling.	<u>Kommunen:</u> Almene tilbud aftenskole mv. <u>Almen praksis:</u> Evt. Ved opfølgende kontrol 3. og 12. måned – afdække kostvaner & motivation
Fysisk træning	Indledende information og motivation.	6 ugers træning. Indledt og afsluttet med test. Herefter stillingtagen til om yderligere genoptræning i kommunalt regi.	<u>Kommunen:</u> Hvis der ved afslutning på sygehuset er en lægelig vurdering af behov for genoptræning, varetager kommunen genoptræning i et afgrænset forløb. 6- 8 ugers træning Indledt og afsluttet med test. Er der behov for opfølgende eller fastholdende fysisk træning henviser almen praksis til dette.	<u>Kommunen:</u> Kan udsluse til lokale tilbud og fastholdelse i lokale tilbud.
Psykosocial omsorg	Samtaler med patient og	Samtaler med patient og pårørende, evt.	<u>Almen praksis:</u> Samtaler med patient og	<u>Almen praksis:</u> Evt. Ved

¹² Der igangsættes i efteråret 2010 en mini MTV på rygestopundervisningen, og anbefalingerne heraf vil således blive inddraget i den fremtidige rygestopinstruktion.

¹³ Kan indgå i den planlagte patientinformation/undervisning

	pårørende.	depressionstest.	pårørende. Depressionstest kan udføres. Evt. henvise til privatpraktiserende psykologer og kommunale sagsbehandlere.	opfølgende kontrol 3. og 12. måned – afdække mestringssevne.
Symptomatisk forebyggende og medicinsk behandling	Fastlæggelse af behov for rehabilitering Igangsætning af relevant medicinsk behandling.	Fastlæggelse af behov for rehabilitering Optimering af kontrol af den medicinske behandling.	<u>Almen praksis:</u> Optimering og kontrol af den medicinske behandling	<u>Almen praksis:</u> Evt. Ved opfølgende kontrol 3. og 12. måned – opfølgning og kontrol.
Kontrol, opfølgning og vedligeholdelse		<u>Sygehus amb.</u> Henvisning til forebyggelses-samtale AP. Ved kontrol 3. og 12. måned – opfølgning på af hele rehabiliteringsindsatsen	<u>Almen praksis</u> Opfølgende forebyggelsesamtale senest tre måneder efter afslutning.	<u>Almen praksis:</u> Evt. ved kontrol 3. og 12. måned – opfølgning på af hele rehabiliteringsindsatsen

Den fysiske træning foregår ved vejledning af fysioterapeut.

Diætetisk vejledning / behandlingsplan udarbejdes af klinisk diætist på sygehuset. Opfølgning i kommunalt regi

Undervisningen tager sigte på at styrke handlekompetence, autonomi og livskvalitet.

Den skal give kendskab til sygdommens karakter samt effekt af forebyggelse og rehabilitering – herunder betydningen af KRAM.

Der forestår en lokal aftale vedr. kontroller i almen praksis og på sygehuset

Der udestår en udarbejdelse af undervisningsplan for de forløb der deles mellem sygehus og kommune

Der udestår en udarbejdelse af et rehabiliteringsprogram for patienter der visiteres fra egen læge direkte til kommunal hjerterehabilitering

Manglende værktøj til egenomsorgsvurdering

Der ønskes et redskab til vurdering af egenomsorg. På nuværende tidspunkt eksisterer der ikke noget brugbart redskab og der er reelt meget diffust hvad der menes. Der er iværksat et regionalt udviklingsarbejde som ventes færdigt i aftaleperioden, men det er uvist om det vil resultere i et valideret kategoriseringsredskab.

Netværk

Der etableres et lokalt netværk mellem behandlingsstedets praksiskonsulent, afdelingens programkoordinator (diseasemanager) samt de kommunale programkoordinatorer for hjerterehabiliteringen.

Netværket har følgende opgaver:

- Medvirke til implementering og kvalificering af programmet
- Følge løbende op på arbejdsdelingen på hjerteområdet.
- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv.
- Løbende udvikling af kommunikationen mellem de tre sektorer.
- Drøfte indikatorer på og monitorere kvaliteten i overgangen mellem de tre sektorer.

Netværket mødes hvert halve år med henblik på opfølgning på ovenstående opgaver. Behandlingsstedets programansvarlige indkalder

Bilag C: Aftale vedr. hjemmebesøg ml. OUH og de fynske kommuner

Hjemmebesøg med OUH og Kommune. Aftale af 5. maj 2009

Formålet med hjemmebesøg er:

- at vurdere, hvorvidt og hvordan borgeren kan fungere i eget hjem, herunder relevant praktisk afprøvning (udredning)
- at afklare, om der er behov for ændring af bolig eller boligsift.(boligvurdering)
- at afklare, om der er behov for etablering af hjælpemidler. (APV hjælpemidler)
- at klarlægge tidsperspektivet for udskrivelse
- at undgå genindlæggelser
- at vurdere borgerens behandlings- og genoptræningspotentiale

Der udføres hjemmebesøg

- Når det er en nødvendig forudsætning for en udskrivelse.
- Hvis borgerens funktionsniveau har ændret sig, så der kan være tvivl om muligheden for at klare sig i eget hjem.
- Hvis problemstillingerne ikke kan afdækkes gennem anden kommunikation sektorerne imellem.

Alternativer til hjemmebesøg

- kommunal deltagelse i udskrivningsmøde
- overvejelser om hjemmebesøget kan erstattes af statusrapport
- i det hele taget, at alle andre muligheder for at indhente relevante data er overvejet inden der efterspørges hjemmebesøg.

Retningslinier for hjemmebesøg

Initiativet til hjemmebesøget vurderes af sygehusenes terapeuter i dialog med de respektive kommuner, og koordineres med bestemmelserne i Sundhedsaftalerne.

Før beslutningen om et hjemmebesøg tages der stilling til, hvilken type hjemmebesøg der skal gennemføres og formålet hermed.

Hjemmebesøget skal gennemføres i så god tid, at der er mulighed for at etablere de nødvendige ændringer i boligen inden udskrivning.

Aftaler og konklusioner på hjemmebesøget formidles skriftligt til relevante parter, af den under hjemmebesøget udpegede ansvarlige fra sygehus eller kommune. Dette skal ske senest dagen efter hjemmebesøget.

Deltagere ved hjemmebesøg

- de nødvendige personalegrupper, der har kompetencen i forhold til typen af besøg

Typer af hjemmebesøg

Hjemmebesøg ved behov for behandlingsredskaber. (Afgrænsningscirkulærets punkt 2.1.)

Redskaber, som patienten/borgeren forsynes med som led i behandling – eller som led i eller som fortsættelse af den iværksatte behandling.

Sygehusets terapeuter varetager besøget evt. sammen med den kommunale hjemmepleje, hvis patient/borger modtager denne ydelse.

Sygehusafdelingen er ansvarlig for at bestille og afholde udgifterne til transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Kommunen er ansvarlig for at koordinere mellem de kommunalt funderede parter.

Hjemmebesøg ved behov for hjælpemidler når patientens tilstand er stationær

(Afgrænsningscirkulærets punkt 2.2)

Er det varige behov alene af plejemæssig karakter, varetager kommunen i næsten alle tilfælde hjemmebesøget uden deltagelse af sygehuspersonale.

Er der terapeutrelaterede opgaver i forbindelse med besøget, varetager de kommunale terapeuter i næsten alle tilfælde hjemmebesøget uden deltagelse af sygehuspersonale.

Den kommunale terapeut eller en person fra kommunen indhenter relevant viden fra sygehuset (afd./ergo/fys.). Planlægger tidspunktet for hjemmebesøget sammen med sygehusafdelingen.

Sygehusafdelingen er ansvarlig for at bestille og afholde udgifterne til transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Den kommunale terapeut er ansvarlig for at lave en aftale med daglig leder i hjemmeplejen /visitor/privat leverandør og/eller hjemmesygeplejen.

Er borgerens situation særlig kompleks, kan terapeuter fra både sygehus og kommune deltage.

Hvis der er tale om en hjerneskadet borger, som har brug for, at en kendt person fra sygehuset deltager (tryghed/forståelsesproblemer eller lign.), og man skønner, at der uden denne deltagelse ikke bliver noget større udbytte af hjemmebesøget.

Eksempler herpå:

- Hvor en borger har kognitive problemer, og hvor der ikke umiddelbart fremgår, at han har problemer, idet han dækker over disse.
- Hvor der skønnes behov for speciel instruktion om forflytninger som en fortsættelse af et træningsforløb.
- Hvor borger har et urealistisk billede af egen formåen, og pårørende mener, at kunne klare plejen uden hjælp.

I langt de fleste besøg vil det være mest hensigtsmæssigt, at besøget varetages af 2 personer fra kommunen, f.eks. 1 terapeut og 1 person fra plejen eller 2 terapeuter, afhængig af besøgets formål.

Efter hjemmebesøget, samme dag, kontakter den kommunale terapeut sygehusafdelingen og informerer om, hvad der er aftalt. Terapeuten sender desuden senest dagen efter, kopi af journalnotat til afdelingen.

Hjemmebesøg ved behov for både behandlingsredskaber og for hjælpemidler**(Afgrænsningscirkulærets punkt 2.1 og 2.2)**

Sygehusets og kommunens terapeuter vurderer i fællesskab i hvert enkelt tilfælde hvilken sektor, der mest hensigtsmæssigt tager sig af opgaven, eller om begge skal deltage.

Sygehusafdelingen er ansvarlig for at bestille og afholde udgifterne til transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Kommunen er ansvarlig for at koordinere mellem de kommunalt funderede parter

Hvor begge sektorer deltager, kontakter sygehusterapeuten efter hjemmebesøget, samme dag, afdelingen og informerer om, hvad der er aftalt. Senest dagen efter sender terapeuten en kopi af journalnotat - elektronisk via edifact eller via fax.

Hvor alene kommunens terapeuter deltager, kontakter den kommunale terapeut efter hjemmebesøget, samme dag, sygehusafdelingen og informerer om, hvad der er aftalt. Terapeuten sender desuden senest hverdagen efter kopi af journalnotat til afdelingen.

Hvor alene sygehusets terapeuter deltager, kontakter sygehusterapeuten efter hjemmebesøget, samme dag, afdelingen og informerer om, hvad der er aftalt. Terapeuten sender desuden senest hverdagen efter kopi af hjemmebesøgsnotat til kommunen.

Hjemmebesøg ønsket af kommunen

Ønsker kommunen et besøg, hvor sygehuset ikke mener, det er nødvendigt, varetager kommunen selv hjemmebesøget.

Hjemmeplejen kan bede de kommunale terapeuter deltage i besøget.

Sygehuset skal underrettes, hvis der viser sig behov for behandlingsredskaber, idet sygehuset skal levere disse.

Den kommunale hjemmepleje er ansvarlig for at bestille og afholde udgifterne til transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Den daglige leder er ansvarlig for at lave en aftale med hjemmeplejen /visitator/privat leverandør og/eller hjemmesygeplejen.

Hjemmebesøg i forbindelse med udredning eller i forbindelse med genoptræningsforløb

(Afgrænsningscirkulærets punkt 2.4)

Sygehusets terapeuter varetager disse besøg, eksempler beskrives herunder:

A. Udredning

Hjemmebesøg som **led i udredning** af patientens fysiske, sociale og kognitive problemstillinger for, at i værksætte målrettet behandling. Dette foretages for eksempel i forhold til geriatriske patienter og apopleksipatienter med svære kognitive problemstillinger, hvor patienten er ukritisk i forhold fysisk formåen og har manglende indsigt i egen situation.

B. Genoptræning under indlæggelse

Hjemmebesøg som **led i genoptræning under indlæggelse**. Foregår typisk med det formål at øge patientens selvindsigt og dermed motivation for træningen samt at vurdere patientens potentiale for genoptræning.

Sygehusafdelingen er ansvarlig for at bestille og afholde udgifterne til transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Kommunen er ansvarlig for at koordinere mellem de kommunalt funderede parter

Hjemmebesøg i forbindelse med at undgå genindlæggelser

(Afgrænsningscirkulærets punkt 2.1 og 2.2)

Sygehusets og kommunens terapeuter vurderer i fællesskab i hvert enkelt tilfælde hvilken sektor, der mest hensigtsmæssigt tager sig af opgaven, eller om begge skal deltage.

Hjemmebesøget foretages med henblik på en **særlig indsats for at undgå genindlæggelser**. Hvor der skønnes et behov for hjemmebesøg grundet patientens fysiske, psykiske eller kognitive situation og vurdering af dennes evne til at fungere i hjemmet med den mulige kommunale indsats af hjemmepleje og hjælpemidler. I denne type hjemmebesøg vil det være relevant at praktiserende læge blev inddraget med henblik på medicinering og udredning af fysisk og psykisk tilstand i forhold til lægens hidtidige kendskab til patienten.

Sygehusafdelingen er ansvarlig for at bestille og betale transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Kommunen er ansvarlig for at koordinere mellem de kommunalt funderede parter

Hjemmebesøg i forbindelse med Boligvurdering.

(Afgrænsningscirkulærets punkt 2.5 og Lov om social service § 116)

Kommunens terapeuter varetager disse besøg

Hjemmebesøg med det formål at **vurderer patientens bolig** og familiære netværk, typisk med det formål at vurdere behovet for boligændringer og hjælpemidler i forbindelse med udskrivelsen fra sygehus.

Sygehusafdelingen er ansvarlig for at bestille og betale transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Kommunen er ansvarlig for at koordinere mellem de kommunalt funderede parter

**Hjemmebesøg i forbindelse med behov for arbejdspladsvurdering (APV-hjælpemidler)
(Afgrænsningscirkulærets punkt 2.5)**

Kommunens terapeuter og plejepersonale varetager disse besøg.

Hjemmebesøg med det formål at **indrette en acceptabel arbejdsplads for personalet i hjemmeplejen**.

Det er typisk i tilfælde, hvor en patient er svært plejekrævende og der er behov for plads til løftegrej, plejeseng mv.

Sygehusafdelingen er ansvarlig for at bestille og betale transport ud og hjem, sørge for at borger har nøgle med hjem samt at få aftalt med evt. pårørende.

Kommunen er ansvarlig for at koordinere mellem de kommunalt funderede parter

Mulige udviklingstiltag på området.

- Udviklingen bør bygge på de årlige evalueringer af ordningen, foretaget af arbejdsgrupperne for genoptræning og hjælpemidler nedsat under SOFF.
- Telemedicin kan inddrages som en mulighed i udviklingen.
- Opfølgningsbesøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske/terapeut hos skrøbelige borgere 1-2 uger efter udskrivningen kan overvejes.
- Overveje regelmæssige borgertilfredshedsundersøgelser på området.
- Optimering af den gode udskrivning, således at kommunens personale modtager skrøbelige borgere ved hjemkomsten. Kommunen adviseres om hjemkomsttidspunkt via SMS/Mail af for eksempel transportchauffør af hensyn til personale ressourceforbruget.

Bilag D. Oversigt over forhåndstilsagn

Oversigt over kommuner som administrativt indstiller til deltagelse i elementer af den sygehusspecifikke del af sundhedsaftalen.

Kommune	Tele-sår	Bl. Pr eget hjem	Infektions- hygiejne	Kronikerforløb		
				KOL	DM	Hjerte
Assens	X	-	-	?	?	?
FMK	X	X	-	X	X	X
Kerteminde	X	X	X	-	-	-
Langeland	X	X	X	X	X	X
Middelfart	?					
Nordfyns	X	?	-	X	X	X
Nyborg	?	X	X	X	X	X
Odense	X	X*	-	X	X	X
Svendborg	X	X	X	X	X	X
Ærø	?	?	X	X	-	X

* Aftale om udkørende laboranter

?: uafklaret

- : forventer ikke at indgå aftale

Bilag E. Indlæggelses og udskrivningsforløb

Samarbejde med jordemødre

I dag sender Jordemoderen "meddelelsesblanket til sundhedsplejersken" til nye gravide til udfyldelse. Blanketten afleveres ved første jordemoderkonsultation. Af hensyn til sundhedstjenestens planlægning indgår Odense Kommune og OUH Odense Universitetshospital aftale om, at de indsamlede blanketter fremsendes en gang månedligt til Sundhedstjeneste i Odense Kommune.

Der aftales et årligt opfølgende møde mellem sundhedstjenesten og jordemoderfunktionen på OUH Odense Universitetshospital.

Involverede forvaltninger i Odense Kommune: Børn- og Ungeforvaltningen (sundhedstjenesten).
Kontakt i Odense Kommune: Funktionsledelse i sundhedstjenesten (Børn- og Ungeforvaltningen).
Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Jordemodercenter.

Sårbare gravide

Der er udarbejdet en guideline til jordemoderen til afklaring om den gravide tilhører målgruppen sårbar gravid. Hvis dette er tilfældet, udfyldes særlig blanket "Meddelelse til sundhedsplejersken," som underskrives af den gravide og fremsendes tidligst muligt til sundhedsplejersken i kommunen med henblik på inddragelse af sundhedsplejersken i graviditeten.

Der aftales et årligt opfølgende møde mellem Sundhedstjenesten i Odense Kommune og jordemoderfunktionen på OUH Odense Universitetshospital.

Involverede forvaltninger i Odense Kommune: Børn- og Ungeforvaltningen (Sundhedstjenesten).
Kontakt i Odense Kommune: Funktionsledere i Sundhedstjenesten.
Involverede afdelinger på OUH Odense Universitetshospital: Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D. Familie- og Gravide enheden, RusmiddelCenter Odense

Tværfagligt samarbejde mellem OUH Odense Universitetshospital og Familiecentrene

I henhold til eksisterende aftale er formålet med samarbejdet at sikre, at sygehus og forvaltning gensidigt inddrages tidligt i forløb for specielt udsatte og sårbare gravide og børn under graviditet og fødsel.

Ved fødestederne i Svendborg og Odense er der oprettet faste tværfaglige enheder, som har ansvar for den tværfaglige koordinering på fødestedet og for formidling af kontakten til samarbejdspartnerne gennem hele forløbet: den kommunale sundhedstjeneste, almen praksis, børneafdeling samt sociale myndigheder og specialteam i sygehusvæsenet eller i andet amtskommunalt regi. På familiecentrene er der siden 2004 ansat psykolog og socialrådgivere til styrkelse af opgavevaretagelsen – ikke mindst i forhold til samarbejdet med kommunen. Disse enheder koordinerer deres indsats med kommunen tidligst muligt i svangreforløbet.

Der afholdes et årligt møde mellem OUH Odense Universitetshospital og Familiecentrene, hvor vanskelige forløb drøftes.

Involverede forvaltninger i Odense Kommune: Børn- og Ungeforvaltningen (Sundhedstjenesten og det socialfaglige felt)
Kontakt i Odense Kommune: Børn- og Familieafdelingen (Børn- og Ungeforvaltningen)

Involverede afdelinger og kontakt på OUH Odense Universitetshospital: Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, primært Svangreklinikken, Barselsafsnittet og Odense Jordemodercenter.

Bilag F: Samarbejdsaftale mellem Odense Kommune, Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense, herunder specielt Gerontopsykiatrisk Afsnit og Gerontopsykiatrisk Team Odense (GTO)

I det følgende beskrives en aftale indgået mellem OKÆ, Gerontopsykiatrisk afsnit og GTO med henblik på at opnå samordnede patientforløb. Aftalen baserer sig i videst muligt omfang på principperne i samarbejdsaftalen "Sund Dialog" mellem det tidligere Fyns Amt og de fynske kommuner, og indgår i den nu gældende sundhedsaftale mellem Region Syddanmark og Odense Kommune på psykiatriområdet.

Indlæggelse

Ved henvisning om akut indlæggelse fra praktiserende læge, vagtlæge eller ved selvhenviste borgere, vil borgeren blive vurderet i psykiatrisk skadestue ved vagthavende læge, der foretager visitation til indlæggelse på Psykiatrisk Afdeling P. Så vidt muligt bliver 70+ årige borgere overflyttet/indlagt på Gerontopsykiatrisk Afsnit.

Praktiserende læge kan endvidere henvise 70+ årige borgere via Gerontopsykiatrisk Afsnits venteliste til indlæggelse på Gerontopsykiatrisk afsnit.

Gerontopsykiatrisk Team (GTO) kan indlægge visiterede borgere akut via psykiatrisk skadestue samt via Gerontopsykiatrisk Afsnits venteliste.

Gerontopsykiatrisk Afsnit udpeger en kontaktperson for den pågældende borger indenfor det første døgn.

Første hverdag efter indlæggelsen iværksættes tværsektoriel kommunikation. Hvis borgeren er indlagt fra et plejecenter, kontaktes afsnittet af pågældende centerleder. Hvis borgeren indlægges fra eget hjem, kontaktes afdelingen af daglig leder i OKÆ Hjemmepleje eller af sygeplejerske, forudsat indlæggelsen er kendt i OKÆ.

Der sendes i dag ikke automatisk elektronisk avis til kommunen, hvis en borger indlægges på afdeling P. Ved overflytning fra somatisk afdeling sendes et avis, men kun hvis patienten i forvejen har en ydelse i kommunen som f.eks. hjemmehjælp eller lignende. Der skal arbejdes frem imod, at der automatisk kan fremsendes elektronisk avis, og at dette kan ske i henhold til Retssikkerhedslovens § 12c.

Under forudsætning af borgerens samtykke, udveksles gensidig information om kontaktpersoner og andre relevante personlige oplysninger.

Telefonnummer til den rette daglige leder i henholdsvis Hjemmepleje, Sygepleje mv. kan findes via gadefortegnelsen på Odense Kommunes hjemmeside: "Odense.dk". Tryk herefter "**ældre**", tryk herefter "**gadefortegnelse**" og tryk herefter "**link til gadefortegnelse**". For hver enkelt gade er anført nummeret til den respektive daglige leder. Alternativt kontaktes Odense Kommunes telefoncentral på nummer 66 13 13 72.

Behandlingsmøder/visitationsmøder

Når Gerontopsykiatrisk Afsnit vurderer, at borgerens tilstand og situation er af en sådan karakter, at der vil være behov for fremtidig bistand/pleje/boligsift eller dagcenter, indkalder afsnittet til behandlingsmøde. Indkaldelsen sker med mindst fem hverdages varsel til det foreslåede mødetidspunkt. Ud fra den enkelte borgers situation foretages en individuel vurdering af, om der er behov for møde eller en telefonisk kontakt.

Mødeindkaldelsen faxes til **Visitationskontoret – faxnr. 63 12 16 71**. Mødeindkaldelsen sker på standardblanket som udarbejdes af Gerontopsykiatrisk Afsnit. Konsulenten i Odense Kommune kan kontaktes på telefon 65 51 60 49.

Afhængigt af den enkelte borgers behov videregiver Odense Kommune dato og tidspunkt for det foreslåede møde til daglig leder/sygeplejerske/demenskoordinator/terapeut og visitator. Medarbejdere med beslutningskompetence deltager i mødet.

Hvis der er behov for møde om borger, der allerede bor på plejecenter, tager Gerontopsykiatrisk Afsnit direkte kontakt til pågældende centerleder.

På behandlingsmødet udarbejdes der en foreløbig plan for den pågældende borger med igangsættelse af visitation til den nødvendige støtte. Hvis borgeren ikke tidligere har modtaget hjemmepleje i hjemmet, vælger borgeren leverandør (kommunal eller privat). Eventuel ansøgning til dagcenter eller boligsift udarbejdes af visitator og kan underskrives af borger. Hvis visitator skønner, at borgeren tilhører målgruppen i Handicap- og Psykiatridelingen, tager visitator inden mødet kontakt til Handicap- og Psykiatridelingen for at afklare dette. Når det vurderes, at borgeren ikke kan give habilt samtykke til en plejebolig, kan der i ventetiden blive tale om behov for aflastningsplads.

Når der efterfølgende er foretaget egentlig visitation, sker der skriftlig tilbagemelding til borgeren, med kopi til Gerontopsykiatrisk afsnit/GTO, hvis borgeren samtykker.

Varsling

Når borgeren er færdigbehandlet sker varsling efter gældende regler pr. fax til **Hjemmeplejen faxnr. 66 12 30 11, når det drejer sig om en borger med kommunen som leverandør**. Når borgeren er tilknyttet selvejende institution eller privat leverandør, sker varsling direkte til disse.

Varsling kan finde sted i tidsrummet mandag-torsdag kl. 8.00 til 15.00 og fredag kl. 8.00-13.00. Hvis der faxes senere end de nævnte klokkeslæt, handles der først på varsling den efterfølgende hverdag. Det bemærkes, at sekretariatet i Hjemmeplejen ikke behandler varslingen, men blot videresender den til de relevante dele af Ældre- og Handicapforvaltningen. Det er således ikke muligt telefonisk at kontakte sekretariatet med forespørgsler og lignende.

Udskrivning

Ved udskrivelsen aftales hjemtagelsen direkte med daglig leder i Hjemmeplejen eller centerleder på plejecenter. Hvis der er behov for sygeplejeopgaver i hjemmet, aftales disse direkte med den involverede sygeplejerske.

Hvis hjælpebehovet er ændret siden behandlingsmødet, tages der eventuelt igen kontakt til Visitationskontoret. Når en borger skal udskrives direkte til en aflastningsplads, kontaktes afdeling P hurtigst muligt af Visitationskontoret med oplysning om, at der er en plads på vej og eventuelt, hvor borgeren konkret får ophold.

Værgemål

Ansøgning om værgemål udarbejdes af OKÆ, eventuelt efter mundtlig anbefaling fra Gerontopsykiatrisk afsnit.

Gerontopsykiatrisk Team, Odense

Kontakt til GTO iværksættes efter lægehenviisning. Hvis en borger tidligere har haft kontakt til teamet og er afsluttet, forudsættes ny lægehenviisning, inden kontakten kan genoptages.

Det er en forudsætning, at borgeren er somatisk afklaret, undersøgt og eventuelt forsøgt behandlet af egen læge før henviisning til GTO. Ligeledes forventes det, at pleje- og adfærdsproblemer hos dementramte borgere er forsøgt løst med egne ressourcer, f.eks. kontakt til demenskoordinator før kontakt til GTO. Der bør foreligge kopi af opdateret medicinliste ved besøg fra GTO.

Borgeren og borgerens egen læge får besked om tidspunkt for teamets fremmøde indenfor en uge efter modtaget henvisning. Der må for tiden påregnes en ventetid på en til to måneder men med individuel prioritering.

Hvis borgeren samtykker, melder teamet tilbage til centerleder eller, ved hjemmeboende borgere, til sygeplejerske, ligeledes indenfor en uge om tidspunkt for planlagt besøg. Hvis plejepersonalet har været den aktive part i henvisningen til Gerontopsykiatrisk Team, indhentes samtykkeerklæring fra borgeren med henblik på, at plejepersonalet kan kontakte Gerontopsykiatrisk Team og deltage i møde med dette. Ved akut forværring af situationen omkring en borger, som er visiteret til teamet, kan daglig leder/sygeplejerske kontakte teamet med henblik på rådgivning eller eventuel fremrykning af besøg. Før første besøg er det altid den praktiserende læge, som kontaktes ved eventuel forværring.

Ved aftalt besøg af teamet i plejeboliger eller borgers eget hjem, også i eftermiddagstimerne, sikrer daglig leder tilstrækkelige personaleressourcer med viden om pågældende borger, således at der kan foregå en kvalificeret dialog med teamet. Det er ønskeligt, at der deltager en sygeplejerske i møder med GTO.

Når en borger er i kontakt med Gerontopsykiatrisk Team, konfereres den psykiatriske behandling af pågældende borger direkte med teamet. Den praktiserende læge har fortsat ansvaret for den somatiske behandling.

Akut demensteam (AD), Odense

AD er et gerontopsykiatrisk specialteam, som vil vurdere demente borgere med adfærdsproblemer inden for 48 timer på hverdage efter henvisning fra praktiserende læge.

Målgruppen er demente borgere, som ikke har et behandlingstilbud i andet team og har akut opståede adfærdsproblemer indenfor tre måneder.

DER FORVENTES INDEN KONTAKT TIL AD:

Borgeren er somatisk afklaret via praktiserende læge, og der er foretaget optimering af sociale tiltag.

Demenskoordinatoren skal være involveret.

Borgeren kan højst være tilknyttet AD i seks måneder.

Den involverede forvaltning i Odense Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen, Handicap- og Psykiatridelingen.

De involverede afdelinger fra Region Syddanmark er: Gerontopsykiatrisk Afsnit, Gerontopsykiatrisk Team og Almen Psykiatrisk Afdeling, Odense

Aftalen revideres i aftaleperioden.