



**Albertslund  
 Allerød  
 Ballerup  
 Bornholm  
 Brøndby  
 Dragør  
 Egedal  
 Fredensborg  
 Frederiksberg  
 Frederikssund  
 Furesø  
 Gentofte  
 Gladsaxe  
 Glostrup  
 Gribskov  
 Halsnæs  
 Helsingør  
 Herlev  
 Hillerød  
 Hvidovre  
 Høje-Taastrup  
 Hørsholm  
 Ishøj  
 København  
 Lyngby-Taarbæk  
 Rudersdal  
 Rødovre  
 Tårnby  
 Vallensbæk**

**Forslag til:****Revideret generel ramme for de individuelle sundhedsaftaler mellem Region Hovedstaden og de enkelte kommuner i regionen for perioden 1. januar 2007 til 31. december 2010.**

Der er mellem Region Hovedstaden ved Regionsrådet og Kommunen ved Kommunalbestyrelsen/Byrådet/ Borgerrepræsentationen indgået nedenstående reviderede sundhedsaftale for perioden 1. oktober 2008 til 31. december 2010.

Aftalen omfatter et generelt afsnit samt beskrivelse af de 6 obligatoriske indsatsområder, der er fælles for alle kommuner i regionen. Parterne er enige om, at aftalerne i det generelle afsnit har forrang over aftalerne vedrørende de enkelte indsatsområder. I allonger indgået mellem den enkelte kommune og regionen er aftalen tilpasset kommunens forhold og forholdene på de hospitaler, som kommunens borgere typisk benytter. I allongen beskrives også eventuelle frivillige aftaler mellem kommunen og regionen.

## Indholdsfortegnelse

<b>Indholdsfortegnelse .....</b>	<b>3</b>
<b>Generel del .....</b>	<b>4</b>
<b>Indsatsområde 1: Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter .....</b>	<b>12</b>
Krav nr. 1 .....	13
Krav nr. 2 .....	19
Krav nr. 3 .....	20
Krav nr. 4 .....	22
<b>Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb .....</b>	<b>24</b>
Krav nr. 1 .....	24
Krav nr. 2 .....	26
Krav nr. 3 .....	27
<b>Indsatsområde 3: Træningsområdet .....</b>	<b>30</b>
Krav nr. 1 .....	30
Krav nr. 2 .....	33
Krav nr. 3 .....	36
Krav nr. 4 .....	38
Krav nr. 5 .....	40
<b>Indsatsområde 4: Hjælpemiddelområdet .....</b>	<b>42</b>
Krav nr. 1 .....	42
Krav nr. 2 .....	44
Krav nr. 3 .....	45
Krav nr. 4 .....	47
Krav nr. 5 .....	47
<b>Indsatsområde 5: Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse .....</b>	<b>49</b>
Krav nr. 1 .....	50
Krav nr. 2 .....	56
Krav nr. 3 .....	57
Krav nr. 4 .....	59
Krav nr. 5 .....	60
Krav nr. 6 .....	60
<b>Indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser .....</b>	<b>62</b>
Krav nr. 1 .....	64
Krav nr. 2 .....	65
Krav nr. 3 .....	66
Krav nr. 4 .....	67
Krav nr. 5 .....	68
Krav nr. 6 .....	69
Krav nr. 7 .....	70
<b>Bilagsoversigt .....</b>	<b>71</b>

## Generel del

### Regelgrundlag

Sundhedsaftalen er udarbejdet i henhold til bestemmelserne i Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, Bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006, Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. august 2006 samt Sundhedsstyrelsens godkendelsesskrivelser af 25. maj 2007.

### Sundhedsaftalen bygger på følgende principper og arbejdsdelinger

Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre:

- Sammenhæng og koordination af den indsats, der ydes på hospitalerne, i praksissektoren og i kommunerne, således at den enkelte borger oplever et sammenhængende forløb med høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsaftalerne skal understøtte intentionerne i strukturreformen med større kommunal inddragelse i løsningen af sundhedsopgaverne og det yderligere behov for at optimere de tværgående patientforløb. Dette gælder ikke mindst i forhold til gruppen af svage ældre borgere, borgere med kroniske lidelser, samt andre borgere med komplekse forløb.

Borgerne skal via et styrket tværsektorielt og tværfagligt samarbejde opleve en sammenhængende indsats, der giver bedre forløb og som medfører bedre funktionsevne, livskvalitet og mindre behov for indlæggelse på hospital og dermed bedre udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalerne skal endvidere sikre sammenhæng i en styrket forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Kommunerne og praksissektoren skal grundlæggende kunne løse alle de opgaver, der ikke kræver hospitalets specialiserede behandling og pleje, døgnovervågning med henblik på varetagelse af behandling eller brug af kompliceret apparatur.

Sundhedsaftalen bygger på, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne i et åbent og tæt samarbejde med et højt informationsniveau, omfattende videndeling og fælles kompetenceudvikling.

Sundhedsaftalen, der blev vedtaget af Sundhedskoordinationsudvalget den 13. december 2006, var en første generationsaftale, som dels indeholdt aftaler om samarbejdsflader, der skal fungere på kort sigt, dels skal udgøre et fælles udgangspunkt for udvikling af sammenhængende sundhedstilbud på sigt. Der er siden den oprindelige sundhedsaftale gennemført udviklingsarbejder og iværk-

sat løsninger på en række områder. Dette er indskrevet i den reviderede sundhedsaftale som grundlag for fortsat samarbejde og udvikling.

### **Samarbejdsstruktur**

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen er enige om, at en formaliseret samarbejdsstruktur er nødvendig for at sikre, at sundhedsaftalerne bliver det ønskede dynamiske koordinations- og kvalitetsudviklingsværktøj. Det kræver samarbejde både på regionalt niveau, optageområdeniveau og lokalt niveau. Der er etableret samarbejdsfora både på det administrative ledelsesniveau og på det operationelle niveau.

På det regionale niveau er samarbejdet politisk forankret i Sundhedskoordinationsudvalget og den herunder hørende administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler. På det regionale samarbejdsniveau lægges de overordnede rammer for videreudvikling af sundhedsaftalerne, varetages opfølgningen af de indgåede aftaler og her løses de konflikter om fortolkning og implementering af sundhedsaftalerne, som ikke har kunnet løses på lavere niveau. Organisationsdiagram vedlægges som bilag.

Under den administrative styregruppe fungerer arbejds- eller følgegrupper med repræsentanter for kommuner, region, hospitaler og praksisområdet. Grupperne følger i alt væsentligt de obligatoriske indsatsområder og kan have permanent eller midlertidig karakter. Nye arbejdsgrupper nedsættes løbende af den administrative styregruppe efter behov. Endvidere er der nedsat en følgegruppe om generering og udveksling af data om økonomi og aktivitet og en udviklingsgruppe vedrørende it- og informationsudvikling.

Den administrative styregruppe udarbejder kommissorier for de enkelte arbejdsgrupper og prioriterer igangsættelsen. Alle følge- og arbejdsgrupper refererer til den administrative styregruppe.

Der er nedsat samordningsudvalg med udgangspunkt i det enkelte hospital og de kommuner, der navnlig benytter hospitalet i relation til de patientgrupper, der er i fokus i sundhedsaftalen. De praktiserende læger fra området er repræsenteret i samordningsudvalget. Der er for Københavns Kommune nedsat et særligt koordinerende samordningsudvalg som overbygning på de lokale samordningsudvalg, hvori kommunen indgår. Den enkelte kommunes deltagelse i samordningsudvalg fremgår af allongen for den pågældende kommune.

Samordningsudvalget sammensættes af ledelsesrepræsentanter fra alle de berørte kommuner og hospitalsledelsen samt repræsentanter for almen praksis. Samordningsudvalgets opgave er at forestå den lokale udmøntning af sundhedsaftalen, løbende at følge op på aftalen, som beskrevet under de enkelte obligatoriske indsatsområder, og løse konflikter på lavere niveau.

Samordningsudvalgene revideres i lyset af en eventuel ændret hospitalsstruktur og ændringer i den kommunale organisering og kommunens tilbud.

Der er etableret en formel og fast samarbejdsstruktur mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne i regionen, der omfatter Psykiatriens samordningsudvalg og lokale samordningsudvalg.

Psykiatriens samordningsudvalg består af kommunale repræsentanter udpeget fra de fire planlægningsområder samt en repræsentant fra børne- og ungeområdet, repræsentanter fra Region Hovedstaden, herunder Region Hovedstadens Psykiatri og en repræsentant fra Lægekredsforeningen. Psykiatriens samordningsudvalg behandler tværgående og principielle problemstillinger på psykiatriområdet og supplerer derved de lokale samordningsudvalg, der varetager det konkrete lokale samarbejde.

De lokale samordningsudvalg på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet består af repræsentanter fra de psykiatriske centre, de børne- og ungdomspsykiatriske centre og kommunerne i deres optageområde. De lokale samordningsudvalg har til opgave at varetage det konkrete lokale samarbejde og dermed forstå den konkrete udmøntning af sundhedsaftalerne og samarbejdsaftalerne i daglig praksis, herunder etablere og vedligeholde lokale kontaktpersonordninger.

På det lokale udførende niveau er etableret koordinatorfunktioner og kontaktinformationsordninger, som beskrevet under det enkelte aftaleområde. Ordningerne er tilrettelagt, så der opnås en så direkte dialog som muligt og samarbejdet forenkles, smidiggøres og effektiviseres som supplement til den aftalte skriftlige kommunikation. Kontaktinformationen vil blive understøttet gennem anvendelsen af MedCom standard advis'er, der implementeres på alle hospitaler og i alle kommuner i løbet af 2008 og 2009.

Samarbejdet er styret af, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne i et åbent og tæt samarbejde med et højt informationsniveau, omfattende videndeling og fælles kompetenceudvikling. Det er på denne baggrund, at den lokale og konkrete udfyldning af sundhedsaftalen er henlagt til de enkelte samordningsudvalg. Hermed sikres fleksibel hensyntagen til de lokale forhold. Ensartethed sikres gennem krav om overholdelse af aftalens principper og retningslinjer og opfølgning på aftalens implementering.

Det faglige samarbejde mellem Region Hovedstaden, kommuner og almen praksis understøttes ved, at kommuner og almen praksis deltager i regionens sundhedsfaglige råd og komiteer, hvor det er relevant. De sundhedsfaglige råd og komiteer er rådgivende overfor Region Hovedstadens direktion og øvrige ledelsessystem i sundhedsfaglige spørgsmål og indgår desuden i regionens kvalitetsorganisation.

## **Opfølgning på og revision af sundhedsaftalen**

Sundhedsaftalen mellem kommunen og Region Hovedstaden gælder frem til 31. december 2010.

Da den oprindelige aftale var en første generationsaftale var parterne enige om, at der foretages en generel opfølgning på aftalen i 1. kvartal 2008. Denne opfølgning af sundhedsaftalen er erstattet af denne revision af aftalen.

Der foretages en generel opfølgning i tredje kvartal 2009, som forberedelse af anden generations sundhedsaftaler.

Opfølgningen drøftes mellem kommunerne og regionen for at vurdere behovet for justering af sundhedsaftalen, herunder formulering af nye udviklingsprojekter.

Drøftelsen sker i de lokale samordningsudvalg med deltagelse af regionsadministrationen. Drøftelsen skal omfatte:

- Vurdering af om de indgåede aftaler er overholdt,
- Vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering,
- Udvikling af fælles terminologi med henblik på at sikre ensartet sprogbrug og sprogforståelse,
- Vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer i det samlede sundhedstilbud,
- Kvalitetsudvikling og dokumentation af indsatsen.

Resultatet af denne drøftelse indgår i en samlet drøftelse af sundhedsaftalerne mellem de 29 kommuner og regionen. Den samlede opfølgning forelægges Sundhedskoordinationsudvalget i november 2009.

## **Kvalitetsudvikling og dokumentation**

Parterne er enige om, at kravene til evidens er en fælles opgave, der skal lægges til grund for valg af indsats. Parterne er tillige enige om at medvirke til implementering af Den Danske Kvalitetsmodel på tværs af regionen og kommunerne.

I regi af Den Danske Kvalitetsmodel udarbejdes i øjeblikket akkrediteringsstandarder for kommunale sundhedsydelser. Det forventes, at der vil være mulighed for akkreditering for kommunerne fra 2010. Det er frivilligt for kommunerne.

Med det øgede fokus på sammenhængen mellem indsatsen på hospitalerne, psykiatrivirksomheden, praksisområdet og kommunerne skal der iværksættes

udvikling af fælles patientforløb. Patientforløbet skal være styret af kvalitet og effektivitet og give indsigt i omfanget af forskellige indsatser.

Det samlede forløb skal sikre:

- Entydighed i ansvar og opgaver relateret til de enkelte elementer i forløbet,
- Fælles fokus på sammenhæng mellem elementer og sektorer,
- Entydig kommunikation i overgange.

Der er behov for fortsat udvikling af de enkelte elementer, inden for en samordnet ramme, så sammenhængen ikke forsvinder. Endelig indgår dette i tilpasning af kapaciteten mellem region og kommuner.

I de enkelte obligatoriske indsatsområder ligger der en forløbstankegang, hvor samarbejde, arbejdsdeling og kommunikation er i fokus.

Arbejdet tager udgangspunkt i høringsudkast til "Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model", af 3. maj 2007, og vil leve op til de standarder, der udvikles i Den Danske Kvalitetsmodel.

I arbejdet inddrages alle relevante parter fra region, praksisområde og kommuner, så det sikres, at indsatsen hele tiden har fokus på effekten af det samlede patientforløb.

Regionen og kommunerne forpligter sig gensidigt til at medvirke til udvikling af indsatser med henblik på at øge kvaliteten og effektiviteten i de samlede sundhedstilbud.

### **Samarbejde om udveksling af data om økonomi og aktivitet**

Med kommunernes tættere involvering og medfinansiering af sundhedsydelser er der i kommunerne et behov for viden om aktivitet og økonomi. Sundhedsstyrelsen har etableret et fælles informationssystem, som grundlag for afregningen. Til grund for systemet ligger indberetninger fra hospitalernes patientadministrative systemer og sygesikringens afregningssystemer med praktiserende læger, speciallæger m.v..

Som den nuværende sundhedslovgivning er formuleret, kan kommunerne ikke få adgang til afregning på individniveau, men kan via Sundhedsstyrelsens informationssystem trække data på aggregeret niveau inden for områder som for eksempel antal udskrivelser, sengedage, ambulante besøg, sengedage for færdigbehandlede patienter og genoptræningsydelse fordelt på alment og specialiseret niveau. Data vil kunne sorteres på indikatorer som DRG-grupper og alder.



Parterne er enige om, at Sundhedsstyrelsens informationssystem lægges til grund for samarbejdet. I ”Oversigt over regionale aktivitetsdata på sundhedsområdet, som bliver umiddelbart tilgængelige for kommunerne pr. 1. januar 2007” er de tilgængelige data skitseret. Vedlagt som bilag.

Der er nedsat en følgegruppe om generering og udveksling af data vedrørende økonomi og aktivitet med repræsentanter fra kommunerne og regionen.

Følgegruppen har udarbejdet skabeloner for standardudtræk fra Sundhedsstyrelsens informations- og afregningssystem. Den administrative styregruppe har godkendt skabelonerne som grundlag for udveksling af basal statistik kommunerne imellem og mellem Region Hovedstaden og kommunerne,

Den administrative styregruppe har godkendt, at der udarbejdes kvartalsvise statistikker vedrørende o-dages indlæggelser, der belyser sygehusudskrivninger under 24 timer, genindlæggelser og genoptræningsområdet.

Behovet for yderligere statistikker vurderes løbende.

### **It – og informationsudvikling**

Parterne er enige om, at det er et mål, at kommunikationen omkring realiseringen af de enkelte indsatsområder i videst muligt omfang og hurtigst muligt sker elektronisk efter fælles standarder.

Parterne er enige om, at MedCom lægges til grund for den elektroniske kommunikation og derfor implementeres med henblik på at sikre den praktiske anvendelighed på store områder først. Andre nationale standarder kan efterfølgende udvikles og implementeres i et samspil mellem kommunale og regionale it-systemer.

Der er nedsat en tværgående udviklingsgruppe vedrørende it- og informationsudvikling, der består af repræsentanter for kommunerne, regionen og praksisområdet.

Der er udarbejdet tids- og aktivitetsmål for it anvendelsen vedr. sundhedsaftalerne til implementering i 2008 og 2009. Målet er, at alle parter i sundhedsaftaletrekanten – hospital, kommuner og almen praksis – får fælles forudsætninger for at kunne kommunikere elektronisk gennem anvendelsen af MedCom-standarder.

I konsekvens af sundhedsaftalerne mellem kommunerne og Region Hovedstaden er der følgende prioriterede indsatsområder:

- a. Elektronisk genoptræningsplan
- b. Advis-meddelelser vedrørende indlæggelser, indlæggelsesvar og udskrivninger
- c. Ad-hoc korrespondancemeddelelsen
- d. Elektronisk varsling af færdigbehandling samt melding af færdigbehandling.

Konkrete tids- og handleplaner er under færdiggørelse. Udarbejdelsen sker under hensyn til Region Hovedstadens overordnede strategiske udviklingsplan for it-området. Tids- og aktivitetsmål for perioden 2008 -2009 vedrørende it- og informationsudvikling vedlægges som bilag.

Der vil i efteråret 2008 blive udarbejdet plan for kommunikationen med almen praksis og inden for det psykiatriske område. Der udarbejdes i efteråret 2008 en ny samlet handlingsplan for årene 2009 og 2010.

### **Udviklingsprojekter**

Ud over de fælles udviklingsprojekter omtalt under de obligatoriske indsatsområder er der mellem en række kommuner og regionen aftalt udviklingsprojekter, som fremgår af de enkelte allonger.

### **Demens.**

Der er mellem kommunerne og Region Hovedstaden etableret et projekt vedrørende etablering af ny samarbejdsmodel for demens i hovedstadsregionen. I projektet indgår kommunerne, regionen og almen praksis. Gennem projektet evalueres de hidtidige samarbejdsmodeller, som grundlag for udvikling af en ny samarbejdsmodel for demens. Samarbejdsmodellen forventes udviklet og implementeret inden udgangen af 2009. Den administrative styregruppe suppleret med projektledelsen fungerer som styregruppe for projektet.

I tilknytning til dette projekt gennemføres delprojektet ”Bedre pleje til demente patienter før, under og efter indlæggelse på hospital: kompetenceudvikling af sundhedsfagligt personale på hospital og i kommuner”. Delprojektet finansieres med støtte fra Servicestyrelsen.

### **Overgangsordning vedrørende eksisterende samarbejdsaftaler**

Parterne er enige om, at der udestår et arbejde med at tilpasse de eksisterende samarbejdsaftaler til Sundhedsaftalens ramme. Parterne finder det hensigtsmæssigt, at alle eksisterende aftaler, i det omfang de ikke umiddelbart erstattes af sundhedsaftalens bestemmelser, videreføres indtil de er erstattet af andre aftaler.

### **Konfliktløsning**

Parterne er enige om, at uenigheder om fortolkning og efterlevelse af denne sundhedsaftale skal løses på lavest muligt niveau.

Manglende efterlevelse skal søges løst gennem direkte dialog mellem de involverede aktører. Fører denne dialog ikke til en forbedret efterlevelse drøftes spørgsmålet mellem kommunen og regionen. Indgangen i henholdsvis kommunen og i regionen er beskrevet i de enkelte allonger.

Fortolkningstvist bringes op i samordningsudvalget og derefter op i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler.

FORSLAG

## Indsatsområde 1: Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter

### Formål

Sundhedsaftalens formål er at medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb for svage, ældre patienter, som udskrives fra hospitalet enten til eget hjem eller til en kommunal foranstaltning.

### Definitioner

Svage, ældre patienter defineres som alle patienter, uanset alder og diagnose, som i forbindelse med udskrivning fra hospitalet har behov for tilbud om ydelser fra kommunen, egen læge og evt. andre parter. Ydelser kan fx omfatte ydelser fra hjemmeplejen, hjælpemidler og døgntilbud for voksne.

Udskrivningsforløb for terminale patienter og patienter med behov for palliativ indsats tilrettelægges individuelt. Der er på hospitalerne retningslinjer for indsatsen i forhold til terminale patienter og den palliative indsats. Retningslinjerne lægger vægt på inddragelse af patienten og de pårørende i planlægning af indsatsen og en fleksibel og respektfuld opfyldelse af patientens og pårørendes ønsker. Retningslinjerne drøftes i samordningsudvalgene.

Aftaler om udskrivningsforløb for psykiatriske patienter er nærmere beskrevet under indsatsområde 6: Personer med sindslidelser.

En særlig projektorganisation udarbejder forslag til en tværsektoriel samarbejdsmodel på demensområdet med udgangspunkt i de allerede etablerede samarbejdsmodeller. Modellen skal rumme elementerne opsporing, udredning, behandling (herunder tidlig indsats i kommunerne) og opfølgning. De eksisterende samarbejdsmodeller gælder, indtil en ny fælles model er udviklet og implementeret. Det Sundhedsfaglige Råd for Demens bistår med opgavens faglige løsning.

*En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling (Sundhedsstyrelsens definition). Den lægelige vurdering bygger på en tværfaglig vurdering. Færdigbehandlede patienter skal udskrives hurtigst muligt af hensyn til såvel patienten som hospitalet og kommunen.*

Der er fire forudsætninger for opnåelse af sammenhængende patientforløb for svage, ældre patienter:

- Hospitalet vurderer tidligt i indlæggelsesforløbet patientens funktionsniveau, behov efter udskrivelse samt forventet tidspunkt for færdigbehandling af patienten,
- Hospitalet varsler tidligt i indlæggelsesforløbet relevante parter om patientens forventede funktionsniveau og behov efter udskrivning samt det forventede tidspunkt for patientens færdigbehandling,

- Kommunikation om, at borgeren er færdigbehandlet,
- Hospitalet, kommunen og øvrige relevante parter udveksler i forbindelse med indlæggelse og udskrivning relevante oplysninger vedrørende patienten.

Derudover skal der ske:

- Gensidig koordination af kapaciteten på hospitalet og i kommunen.

## Krav nr. 1

Parterne skal sikre rettidig vurdering af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

### Det gode udskrivningsforløb

Det gode udskrivningsforløb for den svage, ældre patient begynder ved indlæggelsen. Hospitalet er forpligtet til allerede første dag efter indlæggelsen på baggrund af information om patienten fra kommunen, patientens egen læge og evt. andre parter at påbegynde planlægning af udskrivelsen. Udskrivelsen planlægges på baggrund af en tværfaglig vurdering af patienten, der omfatter patientens funktionsniveau.

### Kontakt mellem hospital, kommunen, praktiserende læge o.a.

Det er afgørende, at hospitalet, kommunen og den praktiserende læge har en enkel og entydig adgang til kommunikation. Det vil sige at:

- Der er en entydig kontaktadgang til såvel hospitalet som kommunen,
- Der er enkel adgang til ajourførte kontaktoplysninger for hospitalet og kommunen, fx telefonnumre,
- Kommunen er tilgængelig for henvendelse døgnet rundt:
  - På hverdage i dagarbejdstiden (8-15) for henvendelser vedr. indlæggelser og udskrivelser
  - Aften, nat og weekend for akutte henvendelser vedrørende indlæggelser
- Den praktiserende læge/dennes stedfortræder er tilgængelig i dagtimerne/åbningstiderne.

Kontaktinformationer formidles gennem anvendelsen af MedComs advisudveksling mellem kommune og hospital. Træffetid for kommunen og praktiserende læger kan evt. aftales i det lokale samordningsudvalg.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at formidling af relevante oplysninger om patientens indlæggelsesforløb skal ske elektronisk.

Arbejdet med udvikling af den nødvendige teknologiske infrastruktur, der understøtter en implementering af MedCom kommunikationsstandarder til elektronisk udveksling af informationer er forankret i den tværgående arbejdsgruppe vedrørende it-benyttelse, jf. aftalens generelle afsnit.

Indtil det er muligt at overføre data elektronisk, skal oplysninger udveksles i papirudgave.

### **Tidlig vurdering af patientens funktionsniveau, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling**

Vurdering af patientens funktionsniveau og behov ved udskrivning finder sted i forbindelse med den tværfaglige vurdering af den svage, ældre patient. Information fra patientens egen læge, kommunen og evt. pårørende om funktionsniveau, medicin, kost etc. inddrages.

### **Tidlig varsling af patientens funktionsniveau, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling – koordinering af ydelser**

Aftaler for varsling af patientens hjemkommune, egen læge, pårørende og andre om patientens funktionsniveau, behov efter udskrivelse og forventet tidspunkt for færdigbehandling skal medvirke til at sikre, at den færdigbehandlede patient kan udskrives umiddelbart.

Den tværfaglige vurdering af patienten, herunder beskrivelse af patientens funktionsniveau, danner udgangspunkt for kommunens bevilling af ydelser. Hospitalet stiller ikke patienten specifikke ydelser efter udskrivelse i sigte.

#### *Drøftelse af patientens funktionsniveau - møde på hospitalet*

Hvis der er sket væsentlige ændringer i patientens funktionsniveau i forbindelse med indlæggelsen, kan hospitalet og kommunen aftale, at kommunen (visitator) kommer på hospitalet og sammen med patienten og personalet drøfter patientens behov. Parterne er enige om, at "væsentlig" ikke udtømmende kan præciseres. Eventuelle uenigheder om "væsentlighed" bør afklares i den løbende opfølgning på sundhedsaftalerne.

#### *Drøftelse af patientens funktionsniveau –hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse*

Der kan alternativt aflægges et besøg i patientens hjem for at vurdere, hvilke ydelser, der er nødvendige for, at patienten kan udskrives til eget hjem, herunder fx hjælpemiddel-behov, behov for praktiske hjælpeforanstaltninger, boligændringer og træning.

Der er udarbejdet retningslinjer for hjemmebesøg. Da aflæggelse af hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse kan variere både i forhold til opgavens kompleksitet og den enkelte kommunes ønske, er der i retningslinjerne udarbejdet 3 forskellige modeller for aflæggelse af hjemmebesøg, jf. indsatsområde 4 om

hjælpemidler. Kommuner og hospitaler aftaler hvilken model, der som hovedregel anvendes.

Implementering af retningslinjerne er forankret i de lokale samordningsudvalg. Retningslinjerne svarer til aftalen på hjælpemiddelområdet.

### **Aftaler om varsling af færdigbehandlede patienter**

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

Denne definition lægges i sundhedsaftalen til grund for samarbejdet om udskrivning.

Varslingerne gælder uanset patientens boform. Varslingsreglerne omfatter ikke terminale patienter, da deres patientforløb er individuelt tilrettelagt.

#### *Kategori A)*

Indlæggelser under 24 timers varighed (Akut Modtage Afdeling), hvor patientens funktionsniveau vurderes at være uændret.

Udskrivelse kan finde sted samme dag, såfremt kommunen har modtaget varsling om færdigbehandling senest kl. 13 på udskrivelsesdagen.

Hospital og den enkelte kommune kan lave frivillige aftaler om, at varslingen kan ske senere end kl. 13.00.

#### *Kategori B)*

Indlæggelser hvor det vurderes, at patientens funktionsniveau er uændret eller lettere nedsat, med ingen eller ukomplicerede ændringer af patientens behov for pleje og/eller praktiske hjælpeforanstaltninger.

Udskrivelse kan finde sted samme dag, såfremt kommunen har modtaget varsling om færdigbehandling senest kl. 13 på udskrivelsesdagen.

#### Eksempler på B):

1. Patienten kan udskrives til vanlig hjælp.
2. Patienten kan udskrives fra hospitalet og skal være i stand til at klare sig, indtil de bevilligede ydelser igangsættes. For eksempel:
  - Hjælp til bad et par gange om ugen.
  - Praktisk bistand til: Indkøb, rengøring, tøjvask og lign.

3. Patienten er ikke kendt i kommunen, men er i stand til at klare sig, indtil de bevilgede ydelser igangsættes jf. eksempler ovenfor (hjælp til bad, praktisk hjælp) med eventuelle midlertidige hjælpemidler, der udlånes fra hospitalet.

### *Kategori C)*

Indlæggelser hvor:

- Patienten ikke er kendt af kommunen og har behov for daglig hjælp, eller
- Patientens funktionsniveau vurderes at være væsentlig ændret med øget behov for personlig hjælp og pleje og/eller daglige praktiske hjælpeforanstaltninger. Hospitalet varsler kommunen om forventet funktionsniveau og tidspunkt for færdigbehandling med 2 hverdage. Hospitalet tager initiativ til afholdelse af udskrivningskonference, inden der varsles om færdigbehandling.

Udskrivning af disse patienter kan som hovedregel ikke ske til lørdage, søndage og helligdage.

### Eksempler på C):

Patienten har behov for daglig hjælp, f.eks. en eller flere af nedenstående:

- Opstart med hjælp til personlig hygiejne
- Anrette mad og væske
- Støtte til toiletbesøg
- Hjælp til at komme i seng
- Daglig madordning eller indkøbsbehov på udskrivningsdagen.
- Der kan være behov for udskrivningsbetingede hjælpemidler (hospitalets ansvar)
- Der kan være behov for varige hjælpemidler (kommunes ansvar)

Tidseksempel: Kommunen orienteres mandag kl. 11 om patientens funktionsniveau samt at patienten forventes at være færdigbehandlet onsdag. Patienten udskrives onsdag.

### *Kategori D)*

Hos patienter med markant ændret funktionsniveau, som medfører behov for omfattende hjælpeforanstaltninger varsler hospitalet kommunen om færdigbehandling med mindst 5 hverdage. Hospitalet tager initiativ til afholdelse af udskrivningskonference, inden der varsles om færdigbehandling.

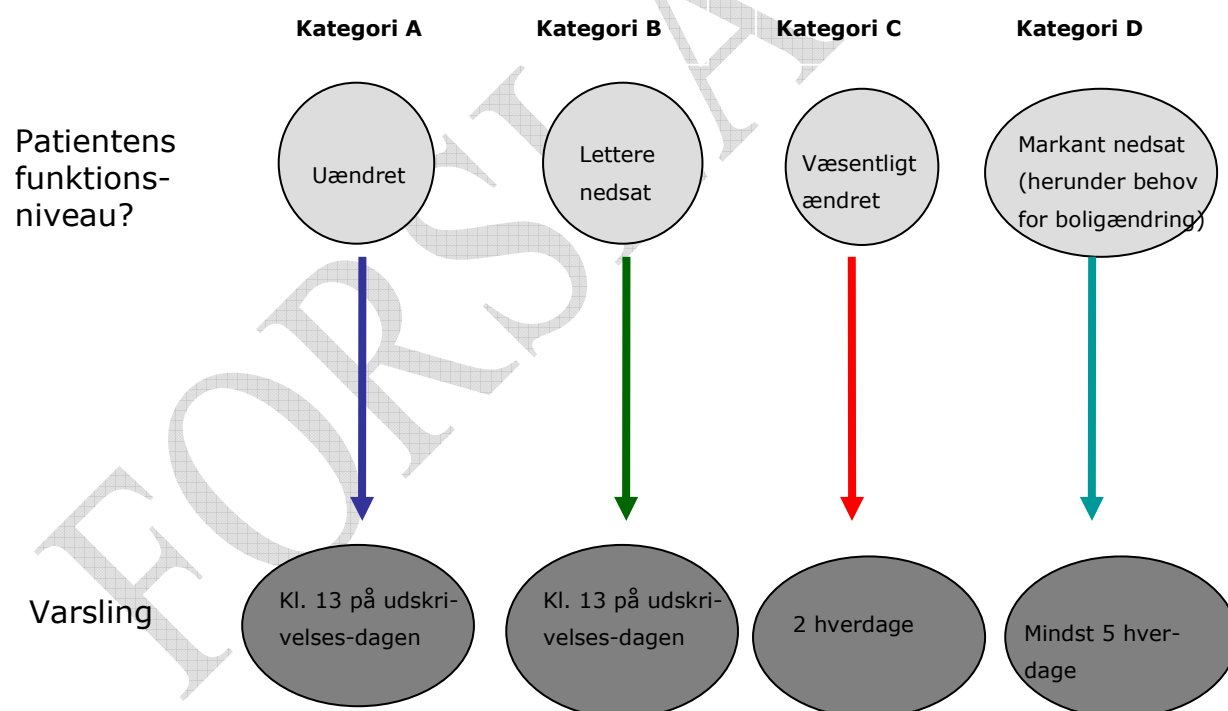
Det gælder ligeledes for patienter, som ikke kan udskrives til nuværende bolig.



#### Eksempler på D):

- Patienten har eks. haft en apopleksi, som medfører omfattende behov for personlig og praktisk bistand.
- Der kan være behov for boligændringer.
- Der kan være behov for midlertidigt døgnophold eller plejebolig.
- Der kan være behov for udskrivningsbetingede hjælpemidler (hospitalets ansvar)
- Der kan være behov for varige hjælpemidler (kommunens ansvar)

#### Oversigt over varsling af færdigbehandlede patienter



Region Hovedstaden og kommunerne er enige om i forbindelse med opfølgning på parternes erfaringer med samarbejde om udskrivning af svage ældre at se på, hvor vidt varsling af boligændringer kan nedbringes til 3-4 dage.

#### Aftaler om ventetid – hjemtagning af patienten til kommunal foranstaltning

Visitation til anden bolig end den nuværende bør primært finde sted fra patientens egen bolig eller fra et døgntilbud i primærsektoren.

Færdigbehandlede patienter kan ikke bo på hospitalet. Kommunen har ansvar for at hjemtage den færdigbehandlede svage ældre patient, som ikke kan udskrives til eget hjem. Hjemtagning kan involvere:

- Træningstilbud med henblik på, at patienten opnår det bedst mulige funktionsniveau inden visitation til personlig og/eller praktisk hjælp eller visitation til anden bolig,
- Midlertidig bolig eller anden permanent bolig end hjemmet,
- Specialiseret tilbud – fx til svært demente patienter.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om den målsætning, at kommunen hjemtager den færdigbehandlede patient hurtigst muligt og senest 14 dage efter at kommunen har modtaget skriftlig information om, at patienten er færdigbehandlet (melding af færdigbehandling).

Efter udskrivelse vil der efter behov kunne foretages hjemmebesøg ved den svage ældre patients praktiserende læge. I situationer, hvor den svage ældre patient er udskrevet til en bolig i geografisk stor afstand fra patientens tidligere bopæl, drager kommunen ved behov omsorg for at besøg sker ved stedfortrædende praktiserende læge. Det gælder dog ikke i tilfælde, hvor patienten ved udøvelse af frit valg placeres langt fra sin tidligere bopæl.

### **Koordinering mellem hospital og kommune i forbindelse med patientens udskrivning**

Det er afgørende for at sikre det sammenhængende patientforløb, at der ikke på noget tidspunkt i patientforløbet er tvivl om:

- Hvilken instans, der har ansvar for ydelserne,
- På hvilket tidspunkt, ydelserne skal leveres.

### **Koordinatorfunktioner på hospitalet og i kommunen**

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne er der etableret en koordinatorfunktion.

I forhold til udskrivinger skal koordinatorfunktionen sikre formidling af information og samarbejde mellem hospital og kommune. Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

Oplysninger om koordinatorfunktionen skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Region og kommuner har ansvar for opdatering af egne oplysninger. Først med implementeringen af MedCom kommunikation i løbet af 2008 og 2009 vil den elektroniske tilgængelighed være til stede.

## Krav nr. 2

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

### Oplysninger fra praktiserende læge og kommunen og andre til hospitalet

- Praktiserende læge og vagtlæge fremsender en henvisning til hospitalet,
- Kommunen fremsender en indlæggelsesrapport for de patienter, der har ydelser i kommunen i forhold til personlig pleje og omsorg. Indlæggelsesrapporten indeholder relevante sociale og helbredsmæssige oplysninger om borgeren, inkl. oplysninger om levering af personlig og praktisk hjælp, oplysninger om medicin og eventuelle hjælpemidler.

### Oplysninger fra hospitalet til egen læge og kommune

- Hospitalet sender oplysninger om indlæggelsen, så snart patienten er indlagt og registreret elektronisk,
- Hospitalet sender den foreløbige udskrivelsesrapport til praktiserende læge og kommunen i forbindelse med varsling af funktionsniveau, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling. Når der foreligger en elektronisk MedCom kommunikationsstandard for ”varsling af færdigbehandling” benyttes denne standard,
- Hospitalet sender en melding om færdigbehandling,
- I forbindelse med patientens udskrivning sender hospitalet:
  - Epikrise til patientens egen læge
  - Udskrivningsrapport til kommunen
  - Opdateret medicinliste til kommunen, underskrevet af læge.

### Oplysninger til patienten

- Hospitalet/afdelingen skal gennemføre en udskrivningssamtale for alle svage, ældre patienter, evt. sammen med dennes pårørende, forud for udskrivelsen,
- Hospitalet/afdelingen udleverer ved udskrivningen:
  - Telefonnumre og træffetider for kontaktpersoner,
  - En opdateret medicinliste og recepter/edifact til apoteket. Medicinlisten skal være underskrevet af en læge,
  - Information om at epikrise vil blive sendt til egen læge,
  - Udskrivningsrapport,
  - Genoptræningsplan, hvor der er aftalt træning af patienten. Planen er udarbejdet sammen med patienten.

Der er udarbejdet retningslinjer for indholdet i den elektroniske kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis. Retningslinjerne er baseret på

MedComs kommunikationsstandarder. ”Retningslinjer for indhold i den elektroniske kommunikation” er vedlagt som bilag.

Der er igangsat en implementeringsplan for etablering af den nødvendige teknologiske infrastruktur.

Den elektroniske kommunikation baseret på MedComs kommunikationsstandarder forventes etableret trinvis i løbet af 2008 og 2009. Indtil da udveksles oplysningerne på papir svarende til MedCom skabeloner.

MedComs kommunikationsstandarder understøtter en sikring af :

- Gensidig formidling af oplysninger om patientens aktuelle medicinforbrug i forbindelse med indlæggelse og udskrivning,
- Rutiner for patientens udskrivelse med ændret medicin dosis- og eller præparat, inkl. bortfjernelse af medicin på bopælen, som ikke længere er aktuel.

### **Patientens mulighed for dialog med hospitalet, kommunen og andre parter efter udskrivelsen**

Patienten skal i forbindelse med sin udskrivelse overgives skriftlig information med navn, telefonnumre og træffetider til en eller flere kontaktpersoner på hospitalet og i kommunen, hvorved det sikres, at patienten har mulighed for dialog med relevante parter om specifikke problemstillinger efter udskrivelsen, fx vedrørende hjælpemiddellevering, visitation og træning.

### **Krav nr. 3**

Parterne skal gennem koordination af kapacitet mv. sikre, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter at de er færdigbehandlede.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet de senere år og har i nogen udstrækning betydet, at kommunerne og praksissektoren har kortere tid til at forberede eventuelle ydelser til den færdigbehandlede patient.

### **Daglig, patientnær koordination af kapacitet**

Koordination af kapacitet er en forudsætning for umiddelbar udskrivelse af den færdigbehandlede svage, ældre patient med behov for ydelser fra kommunen, egen læge og/eller andre parter.

Første forudsætning for at hospitalet kan udskrive den svage, ældre patient, så snart denne er færdigbehandlet, er den daglige, patientnære koordination baseret - som ovenfor beskrevet – på vurdering og varsling af funktionsniveau, ydelsesbehov og tidspunkt for færdigbehandling.

Koordinatorfunktionen i henholdsvis kommune og region er ansvarlig for den daglige koordination i forhold til udskrivinger.

### **Overvågning og kapacitetstilpasning – lokalt niveau**

Tilsvarende vigtig er den løbende overvågning og tilpasning af kapacitet mellem hospitalet og kommunen med henblik på, at parterne tidligt kan reagere på ændrede aktivitetsmønstre. Rapportering finder sted med faste, jævnlige intervaller i de lokale samordningsudvalg, der også håndterer ferieperioder, omstruktureringer, monitorering af færdigbehandlede patienter mv.

I sundhedsaftalen er der aftalt en række varslingsregler mellem regionen og kommunerne. Formålet hermed er at sikre, at den færdigbehandlede patient kan udskrives umiddelbart. Varslingsreglerne udgør det fælles styringsredskab i forhold til kapacitetstilpasning mellem parterne.

### **Kapacitetsændringer af væsentlig omfang**

Kapacitetsændringer af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommune og hospitalet orienterer og inddrager hinanden gensidigt. Planforslag, der indebærer væsentlige og længerevarende kapacitetsændringer, drøftes i den administrative styregruppe.

### **Overvågning og kapacitetstilpasning – regionalt niveau**

Der blev primo 2007 nedsat en følgegruppe om generering og udveksling af data vedrørende økonomi og aktivitet.

Følgegruppen har udarbejdet en opskrift/skabelon for standardiserede udtræk fra Sundhedsstyrelsens informations- og afregningssystem (skabelonen kan findes på [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)). Således har hver enkelt kommune mulighed for selv at udtrække data på en lang række indikatorer. For udskrivningsforløb for svage, ældre patienter er der således mulighed for at trække data om bl.a. færdigbehandlede patienter, fordeling på kommuner, hospitaler og diagnoser.

Følgegruppen genererer en gang i kvartalet statistik oversigter, der skal sikre viden om og monitorering af udviklingen på bestemte områder. For udskrivningsforløb for svage, ældre patienter drejer det sig om færdigbehandlede patienter bl.a. med henblik på at reducere omfanget af færdigbehandlede patienter på hospitalerne. Oplysninger om færdigbehandlede patienter drøftes løbende i samordningsudvalgene og den administrative styregruppe og forlægges kvartalsvis for Sundhedskoordinationsudvalget.

Følgegruppen udarbejder efter behov data, der belyser de kapacitetsmæssige konsekvenser af regionens strukturelle ændringer, organisatoriske omlægninger og iværksættelse af nye behandlingstilbud på hospitalsområdet. Sådanne data

kan kun udarbejdes i relation til de enkelte omlægninger og vil være en del af drøftelserne i de lokale samordningsudvalg.

#### **Krav nr. 4**

Beskrivelse af, hvordan parterne følger op på aftalen.

##### **Løbende opfølgning**

Region Hovedstaden og kommunerne benytter en række forskelligartede indikatorer og parametre ved opfølgning af aftalen, således at opfølgningen systematisk indgår i kvalitetsudviklingen på området og i vurdering af sundhedsaftalernes implementering og opfyldelse.

Aftalen om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter følges primært i de nedsatte samordningsudvalg mellem hospitaler, omkringliggende kommuner og repræsentanter for de praktiserende læger.

Der følges op på aftalens hensigtsmæssighed i det daglige, såsom:

- Aftalens overholdelse, herunder monitorering af overholdelse af aftalens varslingsregler, 0-dagsindlæggelser, genindlæggelser, færdigbehandlede patienter samt videreformidling af aftalte informationer,
- Aftalens effekt i forhold til etablering af sammenhængende patientforløb for gruppen af svage, ældre patienter. Opfølgning sker ved tværsektorielle journalaudits. Brugertilfredsundersøgelser indtænkes som et redskab.

Opfølgning sker på baggrund af eksisterende registreringer og databaser i hhv. hospitalet og kommunen.

##### **Systematisk opfølgning**

Parterne er enige om, at det er relevant, at der foretages en løbende systematisk opfølgning af hvorvidt de aftalte varslingsfrister for udskrivning til eget hjem overholdes. Herunder skal foretages evaluering vedrørende den faktiske kategorisering af patienter inden for de 4 varslingskategorier, som indgår i den generelle ramme for sundhedsaftaler.

Der er i efteråret 2007 og of 2008 gennemført audit på implementering af varslingsreglerne. De gennemførte audits resulterede i en opstramning af dokumentationskravet på hospitaler og i kommuner samt tydeliggørelse af varslingsreglerne. Yderligere audits gennemføres efter behov efter beslutning i den administrative styregruppe.

### **Tidsplan for opfølgning**

Opfølgningen drøftes ved kvartalsvise møder i Samordningsudvalget.

Hvis parterne oplever uhensigtsmæssigheder som følge af Sundhedsaftalen, skal dette ligeledes drøftes i samordningsudvalget.

Problemstillinger af principiel karakter videreformidles i fornødent omfang til Den administrative styregruppe vedr. Sundhedsaftaler.

### **Faglig sparring i forhold til udskrivninger**

Region Hovedstaden og hospitalerne tilbyder kommunen mulighed for faglig sparring og vejledning. Eksisterende aftaler om videndeling opretholdes i den udstrækning, at parterne finder det hensigtsmæssigt med henblik på bl.a. kvalitetssikring. Nye aftaler indgås mellem de involverede parter efter behov.

## Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb

### Krav nr. 1

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

Alle parter forpligter sig til at sikre den nødvendige dialog ved indlæggelse med henblik på at sikre den enkelte patient et effektivt patientforløb.

Dialogen vedrører nødvendige og relevante oplysninger om diagnostik, behandling, medicinering (herunder om patienten er tilmeldt dosispakket medicinordning), pleje og lign. samt persondata.

Der tilstræbes etableret en elektronisk kommunikation dækkende hele regionen efter retningslinjer, der aftales mellem Region Hovedstaden og kommunerne. Det tekniske og juridiske grundlag for informationsudveksling følger de generelle beskrivelser i sundhedsaftalen.

Forefindes ikke mulighed for elektronisk kommunikation mellem parterne udformes tilsvarende bilag i papirformat til anvendelse i overgangsperioden.

Der er udarbejdet retningslinjer for indholdet i den elektroniske kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis. Retningslinjerne er baseret på MedComs kommunikationsstandarder.

Der er igangsat en implementeringsplan for etablering af den nødvendige teknologiske infrastruktur. Den elektroniske kommunikation baseret på MedComs kommunikationsstandarder forventes etableret trinvis i løbet af 2008 og 2009.

MedComs kommunikationsstandarder understøtter, at det sikres, at relevant og nødvendig information formidles rettidigt i den elektroniske kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis.

Den nødvendige og relevante information følger patienten i forbindelse med indlæggelsen. I situationer hvor dette undtagelsesvis ikke er muligt, indhentes oplysninger af hospitalerne via aftalte nøglepersoner i kommunerne og hos egen læge.

Der skal være enkel adgang til kontaktoplysninger for hospitalet og kommunen, fx telefonnumre, og disse skal være ajourførte. Kontaktinformationer for-



midles gennem anvendelsen af MedComs advisudveksling mellem kommune og hospital.

Information af patienten påhviler den/de personer, der har ansvar for patienten og er dermed afhængig af hvem, der har patienten i sin varetægt.

Der er udarbejdet retningslinjer for ”den gode patientinformation ved sektorovergange” med henblik på at sikre, at relevante informationer formidles til patienten. I retningslinjerne er ansvaret præciseret for formidling af relevante informationer til patienten, herunder hvornår en aktør har patienten i sin varetægt. ”Retningslinjerne for den gode patientinformation ved sektorovergange” er vedlagt som bilag.

### **Koordinatorfunktioner på hospitalet og i kommunen**

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne er der etableret en koordinatorfunktion.

I forhold til indlæggelse skal koordinatorfunktionen sikre formidling af information og samarbejde mellem hospital og kommune. Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

Oplysninger om koordinatorfunktionen skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Region og kommuner har ansvar for opdatering af egne oplysninger. Først med implementeringen af MedCom kommunikation i løbet af 2008 og 2009 vil den elektroniske tilgængelighed være til stede.

De enkelte hospitaler har vejledninger for indlæggelse. Disse følges indtil andet aftales i samarbejdet med almen praksis og kommuner. Fælles standard(er) med baggrund i Den Danske Kvalitetsmodel vil erstatte de lokale aftaler, når de er udviklet. Arbejdet med fælles standard(er) igangsættes i relation til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Udarbejdelsen af vejledninger om indlæggelser tager udgangspunkt i det samlede patientforløb, omhandlende både hospitalsforløb og forløb i primærsektor, herunder de kommunale tilbud. Denne udarbejdelse må ses som et udviklingsprojekt, der vil medvirke til en harmonisering af standarder for indlæggelsesprocedurer.

En indlagt patient er af Sundhedsstyrelsen defineret som *en patienttype, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads.*

Et indlæggelsesforløb initieres af en almen læge, en speciallæge eller via en skadestue og kan vedrøre såvel planlagte (elektive) som akutte indlæggelsesforløb.

Ved planlagte (elektive) indlæggelsesforløb, hvor kommunen varetager plejeopgaver, sendes information til kommunen om forventet indlæggelsestidspunkt.

Ved accelererede behandlingsforløb, hvor kommunen skal inddrages, sendes relevant information til almen læge og kommune ved indlæggelsen eller snarest derefter.

Ved akutte indlæggelsesforløb, hvor kommunen varetager plejeopgaver mv. sender hospitalet information til kommunen om, at indlæggelse er sket samt anslået tidspunkt for afsluttet behandling/udskrivelse.

Koordinering af indsatsen og afdækning af ønsker for udvikling af forhold i forbindelse med indlæggelse finder sted i de lokale samordningsudvalg, hvor også løbende sager samt audit på forløb gennemgås efter aftale mellem parterne.

”Ansvarsfordeling mellem kommuner, almen læger og hospital i forbindelse med indlæggelser” vedlægges som bilag.

## **Krav nr. 2**

### **Hvordan parterne forebygger u hensigtsmæssige akutte indlæggelser.**

Uhensigtsmæssige indlæggelser defineres som indlæggelser, der kunne have været forebygget ved tidligere indsats fra hospital, kommune eller almen læge, hver især eller i fællesskab.

Fortløbende dialog finder sted mellem kommunerne og regionen om mulighed for tilrettelæggelse af behandling/pleje ved almen læge med henblik på at undgå unødige indlæggelser, der alene er plejemæssigt begrundet. Det kan fx være aktuelt ved tilfælde forårsaget af dehydrering eller underernæring, hvor borgers sociale netværk udgør en begrænsende faktor.

Dialogen om forebyggelse af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser er forankret i de lokale samordningsudvalg ved kvartalsvise møder, hvor der drøftes relevante tiltag, f.eks. udgående sygeplejerske fra Akut Modtage Afdeling (AMA), opfølgende hjemmebesøg o. lign for at forebygge indlæggelser/genindlæggelser. Omfanget af genindlæggelser monitoreres løbende og drøftes i samordningsudvalgene.

Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser indgår i regionens projekt om den ældre medicinske patient. På baggrund af dette projekt forventes mere generelle indsatser udformet.

Kommunerne sikrer de praktiserende læger adgang til ajourførte oplysninger om kontaktpersoner, der kan være lægen behjælpelig med at sikre etablering af den fornødne pleje og omsorg af borgeren enten i eget hjem eller på en aflastningsplads på fx plejehjem.

Hospitalerne udnytter muligheder for akutte ambulante undersøgelser og behandlinger samt daghospitalspladser i det omfang, det betragtes som muligt for den enkelte patient. Ved ambulante undersøgelser forstås tilbud, der kan iværksættes uden brug af senge og forplejning.

Den akutte ambulante service skal være til rådighed på alle hverdage i dagtiden, men skal kunne aftales/bestilles hele døgnet (et alternativ til akut indlæggelse).

Det forudsættes, at almen læger normalt tilser patienter med henblik på at undgå uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Indlæggelser via telefonkonsultation vil dog fortsat kunne forekomme, fx ved akutte tilfælde af særlig karakter.

Ved differentieringen mellem ovenstående ordninger spiller almenlægerne som indlæggende læger en væsentlig rolle. Det er derfor vigtigt, at de løbende inddrages i udviklingen af tilbudene, herunder den praktiske administration af ordningerne.

Opmærksomheden henledes på, at der i de gamle organisationer har været etableret ordninger, der tilgodeser ønsket om at undgå akutte indlæggelser. Disse forventes at fortsætte indtil videre. Videndeling på området er ønskelig.

”Ansvarsfordeling mellem kommuner, almen læger og hospital i forbindelse med indlæggelser” vedlægges som bilag.

### **Krav nr. 3**

Hvordan parterne følger op på aftalen
---------------------------------------

#### **Løbende opfølgning**

Aftalen om indlæggelser følges primært i de nedsatte samordningsudvalg mellem hospitaler, omkringliggende kommuner og repræsentanter for de praktiserende læger.

#### **Systematisk opfølgning**

Der laves kvartalsvise opfølgninger i samordningsudvalgene i forhold til formidling af relevant og nødvendig information mellem parterne og til patienten. I takt med at den elektroniske kommunikation implementeres, vil der blive

etableret opfølgning på formidling af information enten generelt eller i form af audit.

Som opfølgingsrutine i de lokale samordningsudvalg og i den administrative styregruppe monitoreres nedenstående:

1. *Indlæggelser under 1 døgn*: Der foretages en løbende registrering af disse indlæggelsesforløb via de eksisterende patientadministrative systemer. Ved afholdelse af audit udarbejdes en liste over forhold, der har været medvirkende til det evt. uhensigtsmæssige forløb. Parterne forpligter sig gensidigt til at arbejde med løsningsmodeller for de elementer, der påpeges.
2. *Genindlæggelser indenfor 30 dage*: Der foretages registrering af patienter, der genindlægges indenfor 30 dage via de eksisterende patientadministrative systemer. Det undersøges hvilke forhold, der har været medvirkende til at genindlæggelse har fundet sted, herunder vurderes om særlige tilbud i kommunen kunne have afhjulpet problemet. Parterne forpligter sig gensidigt til at arbejde med løsningsmodeller på de områder, der påpeges.

Som supplement til ovenstående monitorering er der igangsat analyser af:

- Forbrugsmønstre for kroniske og ikke-kroniske sygdomme (KOL, diabetes, hjerte-kar, kræft og gigt).
- Genoptræning af børn og genoptræning i forhold til senerhvervet hjerneskade.
- Dobbelt diagnoser og retlige foranstaltninger i forhold til psykiatri-ske patienter og udviklingshæmmede personer.
- Uhensigtsmæssige indlæggelser vedrørende dehydrering, tryksår, urinvejsinfektion, forstoppelse mv.

De patientadministrative registreringer bygger på retningslinjer udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Parterne tilstræber tidstro registrering i alle systemer. Der følges op på registreringspraksis.

Det enkelte hospital, omkringliggende kommuner og de praktiserende læger kan derudover aftale opfølgning på andre sygdomsspecifikke områder. Opfølgning på de sygdomsspecifikke grupper foretages ved hjælp af de eksisterende registreringer og databaser.

### **Tidsplan for opfølgning**

Der følges op i de lokale samordningsudvalg en gang i kvartalet. Der følges op en gang årligt i den administrative styregruppe

**Faglig sparring i forhold til indlæggelser**

Region Hovedstaden og hospitalerne tilbyder kommunen mulighed for faglig sparring og vejledning. Eksisterende aftaler om videndeling opretholdes i den udstrækning, at parterne finder det hensigtsmæssigt med henblik på bl.a. kvalitetssikring. Nye aftaler indgås mellem de involverede parter efter behov.

FORSLAG

## **Indsatsområde 3: Træningsområdet**

### **Formål**

Formålet med sundhedsaftalerne er at sikre sammenhængende genoptræningsforløb for borgere, der har et lægeligt vurderet behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital.

Forudsætningerne herfor er, at der etableres klare og entydige fordelinger af roller og ansvar mellem region og kommuner. Der skal sættes fokus på dokumentation, kvalitet og udvikling inden for området.

### **Krav nr. 1**

Aftalen skal beskrive den arbejdsdeling, som er aftalt mellem regionen og kommunerne i forhold til levering af genoptræning til patienter efter udskrivning fra sygehus samt beskrivelse af arbejdsdeling aftalt mellem tredjepart.

Kommunerne kan indgå aftaler med hospitalerne i Region Hovedstaden, andre kommuner eller private institutioner om hel eller delvis varetagelse af de almenne ambulante genoptræningsforløb.

Såfremt en kommune indgår aftale med hospitaler eller anden leverandør om genoptræning, skal oplysninger indgå som bilag til sundhedsaftalerne.

### **Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning**

1. marts 2007 blev der nedsat en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende genoptræning under den administrative styregruppe for sundhedsaftaler. "Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende genoptræning" vedlægges som bilag.

Arbejdsdelingen mellem Region Hovedstaden og kommunerne vedrørende ambulante genoptræning følger lovgivningen og de retningslinjer, der udmeldes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Det afklares på nationalt plan, hvorvidt der er en økonomisk problemstilling i de tilfælde, hvor behandling indgår som et element i almen ambulant genoptræning.

Sundhedsloven foreskriver, at regionerne har ansvar for udarbejdelse af en genoptræningsplan. Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvar for al ambulant genoptræning samt ansvar for etablering af tilbud vedrørende almen ambulant genoptræning.

Specialiseret ambulat genoptræning skal tilbydes i hospitalsregi. Hermed menes opgaver, der forudsætter et hospitals ekspertise, udstyr mv.

- 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 hospitalsregi.

Den administrative styregruppe godkendte i december 2007 arbejdsgruppen vedrørende genoptrænings forslag til snitfladekatalog. Formålet med snitfladekataloget er, at beskrive og tydeliggøre de faglige kriterier, der ligger til grund for sondringer mellem almen og specialiseret ambulat genoptræning indenfor specifikke diagnosegrupper. Snitfladekataloget består af 24 hoved-diagnosegrupper (nogle har det været nødvendigt at underopdele). Alle diagnoser og underdiagnoser fremgår som en aktionsdiagnose, hvor de konkrete kriterier for sondringen mellem almen og specialiseret ambulat genoptræning er beskrevet. Til en række af aktionsdiagnoserne er der tilknyttet en case, som forsøger at eksemplificere den konkrete snitflade på området.

Snitfladekataloget har været fremsendt til faglig kommentering i henholdsvis kommuner og hospitaler. I forhold til implementering af snitfladekataloget er der i løbet af foråret 2008 udarbejdet konkrete implementeringsplaner i de enkelte samordningsudvalg. Den formelle implementering sker senest i forbindelse med godkendelse af denne reviderede sundhedsaftale. Snitfladekataloget findes på regionens hjemmeside – [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk). Snitfladekatalog og læsevejledning til snitfladekatalog vedlægges som bilag.

### **Retningslinjer for opdatering af snitfladekataloget**

Den administrative styregruppe har besluttet, at gøre arbejdsgruppen vedrørende genoptræning permanent i forhold til løbende revision af og udarbejdelse af tilføjelser til snitfladekataloget.

Opgavefordelingen vil i takt med, at der opstår ny viden og nye behandlingsformer, løbende blive justeret. Som følge heraf vil der være behov for tilretninger i snitfladekataloget. Processen herfor vil være, at nye snitfladebeskrivelser og tilretning af allerede eksisterende snitfladebeskrivelser løbende forelægges til godkendelse i styregruppen.

Et halvt år efter at første version af snitfladekataloget har været i drift, påbegyndes en revidering af kataloget dvs. ca. den 1. april 2009.

Forslag til den reviderede udgave af snitfladekataloget forventes at foreligge den 1. aug. 2009, hvorefter det forelægges for den administrative styregruppe. Efter den administrative styregruppes godkendelse fremsendes forslaget til den reviderede udgave til faglig kommentering i regionen og i kommunerne.

Herefter igangsættes der en årlig revision af snitfladekataloget, dvs. medio 2010, medio 2011, etc. Derudover kan der opstå behov for at ændre på snitfladekatalogets beskrivelse af opgavevaretagelsen ud over den ene årlige revision. Det gælder, hvor vurderingen af det tæt tværfaglige samarbejde på speciallægeniveau eller patientens sikkerhed ændres, eller i særlige tilfælde som resultat af ny viden/evidens, nye opgavefordelinger mv.,

### **Særlige fokusområder**

#### **Børn**

Region Hovedstaden og kommunerne har gjort området genoptræning af børn til et særligt fokusområde, idet området er særligt kompliceret både juridisk, organisatorisk, fagligt og økonomisk.

Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning udarbejder forslag til en snitflade vedrørende genoptræning af børn i forhold til Sundhedsloven. Der blev nedsat et børneunderudvalg under arbejdsgruppen vedrørende genoptræning i marts 2008. Når gruppens forslag foreligger, tager den administrative styregruppe stilling til implementeringen.

#### **Erhvervet hjerneskade**

Regionen og kommunerne har endvidere valgt at gøre rehabiliteringsindsatsen for personer med (sen)erhvervet hjerneskade til et særligt indsatsområde.

Der er under den administrative styregruppe nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe for erhvervet hjerneskade, der skal fremkomme med forslag til en fremtidig tilrettelæggelse af indsatsen i regionen og kommunerne, herunder forslag til etablering af et koordineringsorgan. Kommissorium for arbejdsgruppen for erhvervet hjerneskade" vedlægges som bilag. Koordineringsorganet skal varetage de tværsektorielle opgaver, der før kommunalreformen blev koordineret i Hjerneskadesamrådene.

#### **Øvrige snitflader på genoptræningsområdet**

Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning er i gang med at udarbejde snitflader for cancerområdet og de idrætsmedicinske patienter. Øvrige snitfladebeskrivelser vil løbende blive udarbejdet af arbejdsgruppen vedrørende genoptræning.



Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning inddrages i arbejdet med at udarbejde snitfladebeskrivelser i forhold til erhvervet hjerneskade.

### **Kørsel**

Der er mellem hospitalerne og de enkelte kommuner aftalt retningslinjer for kørsel af patienter til specialiseret genoptræning i hospitalsregi. Arbejdet er forankret i de lokale samordningsudvalg.

### **Krav nr. 2**

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehus, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af kontaktpersonordning.

### **Genoptræningsplaner**

Kommunikation vedrørende patienter med genoptræningsbehov skal ske på grundlag af en genoptræningsplan, der hviler på en fælles terminologi og en fælles skabelon.

Det er hospitalets ansvar, at der senest ved udskrivelsen foreligger en genoptræningsplan for borgere, der har et lægeligt vurderet behov for genoptræning efter udskrivelse. Hospitalet udarbejder den enkelte genoptræningsplan i samarbejde med borgeren. Genoptræningsplanen medgives borgeren ved udskrivning.

Genoptræningsplanen skal indeholde:

1. Oplysninger om personlige data, behandlingsdiagnose, kontaktpersoner, genoptræningssted, ventetider for første patientkontakt samt oplysninger om hvorvidt genoptræningen er almen el. specialiseret genoptræning. Endvidere vedlægges som bilag oplysninger om borgerens muligheder for valg af genoptræningssted.
2. En beskrivelse af patientens funktionsevne umiddelbart forud for hændelsen/sygdom, der førte til den aktuelle sygdomsbehandling, herunder beskrivelse af patientens habituelle funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse.
3. En beskrivelse af patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet, herunder patientens aktuelle funktionsevne i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse, der inddrager såvel patientens ressourcer som

begrænsninger.

4. En beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet. Beskrivelsen skal indeholde en præcisering af, hvilke begrænsninger i patientens funktionsevne, herunder hvilke(n) funktionsnedsættelse(r) samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsning, som genoptræningen skal rette sig imod.

For så vidt angår supplement til genoptræningsplanerne har arbejdsgruppen vedrørende genoptræning fået til opgave at udarbejde forslag til funktionsevnetests, der bør anvendes ved vurdering af specifikke patientgrupper. Et katalog over anbefalede funktionsevnetest skal foreligge ultimo 2009.

Det er - under aftaleområdet vedrørende udskrivninger af svage ældre, patienter - fastlagt generelle retningslinjer for udveksling af data mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivning fra hospital.

Der er herunder aftalt principper for varsling om udskrivelse efter indlæggelse på stationær sengeafdeling for borgere med behov for primærkommunale hjælpeforanstaltninger, herunder genoptræning. Der henvises til denne aftale.

Den administrative styregruppe godkendte i juni 2008 procedure vedrørende forvarsling af patienter, der henvises til genoptræning i kommunerne efter udskrivning fra hospitaler i Region Hovedstaden for udvalgte patientgrupper.

Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning udarbejdede i 2007 retningslinjer for hvornår, der er et væsentligt behov for udveksling af supplerende oplysninger mellem hospital og kommune vedrørende den gennemførte behandling og patientens helbredstilstand. Den administrative styregruppe godkendte retningslinjerne i oktober 2007. ”Retningslinjer vedrørende supplerende oplysninger til genoptræningsplaner” vedlægges som bilag. Implementeringen heraf er lagt ud til de lokale samordningsudvalg. Den administrative styregruppe følger op herpå løbende.

Der foregår på nationalt plan (i MedCom regi) et arbejde med udvikling af en genoptræningsplan i elektronisk form, der forventes klar til implementering i 2008.

Region Hovedstaden og kommunerne vil benytte mulighederne for elektronisk fremsendelse af alle genoptræningsplaner, så snart de tekniske muligheder er etableret i regionen og kommunerne.

Arbejdet med udvikling af platforme til elektronisk udveksling af informationer er forankret i den tværgående arbejdsgruppe vedrørende it-benyttelse, som følger arbejdet i pilotgruppen om genoptræningsplaner. Målet er at der sker en

generel udrulning af den elektroniske genoptræningsplan fra 1. maj til ultimo 2008 til samtlige hospitaler, kommuner og almen praksis. Indtil de elektroniske MedCom standarder foreligger anvendes papirskabelon baseret på MedCom standarden.

Der foretages en justering af indholdet i genoptræningsplanen såfremt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udsender retningslinier, der giver anledning hertil.

### **Kontaktpersonordning og understøttelse af koordination**

Der skal etableres en entydig kommunikationsvej mellem kommune og hospital på genoptræningsområdet.

Udgangspunktet for en effektiv kommunikation er etablering af:

- én entydig indgang til hospitalet
- én entydig indgang til kommunen.

#### *Kontaktpersonordning*

Genoptræningsplanen skal anvise en kommunal og regional kontaktperson for den enkelte borgers genoptræningsforløb. Kontaktpersonen skal kunne besvare faglige og organisatoriske spørgsmål.

Der vil være en regional kontaktperson for hvert hospital.

Kommunerne og hospitalerne i regionen har en gensidig forpligtelse til at sikre let tilgængelig adgang til oplysninger om kontaktpersoner.

Såfremt der opstår tvister mellem region og kommune om konkrete genoptræningsforløb, søges disse løst via kontaktpersonordningerne på hospitalet og kommunen, og, hvis dette ikke er muligt, i de lokale samordningsudvalg.

Tvister af mere principiel karakter drøftes i samordningsudvalgene og videreformidles i fornødent omfang til den administrative styregruppe.

### **Koordinatorfunktioner på hospitalet og i kommunen**

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne er der etableret en koordinatorfunktion.

I forhold til genoptræning skal koordinatorfunktionen sikre formidling af information og samarbejde mellem hospital og kommune, herunder sikre fremsendelse af genoptræningsplaner samt gennemførelse af journalaudits og andre udviklingsrelaterede aktiviteter. Koordinatorfunktionen har endvidere ansvaret for kommunikation og koordination, såfremt der under et alment genoptræningsforløb er behov for speciallægeligt tilsyn eller visitation til genoptræning på specialiseret niveau.

Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

Oplysninger om koordinatorfunktionen skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Region og kommuner har ansvar for opdatering af egne oplysninger. Først med implementering af MedCom kommunikationen bliver oplysningerne elektronisk tilgængelige.

Den administrative styregruppe godkendte i maj 2008 arbejdsgruppen vedrørende genoptrænings forslag til generelle principper og retningslinjer for revurdering (revisitation) til hospital. Implementeringen heraf er lagt ud til de lokale samordningsudvalg. Den administrative styregruppe følger op herpå løbende. ”Generelle principper og retningslinjer for revurdering (revisitering)” er vedlagt som bilag.

#### **Vedligeholdende træning ifølge serviceloven**

Region Hovedstaden og kommunerne udarbejder inden udgangen af 2008 generelle retningslinjer for kommunikation mellem hospital og kommuner for patienter, der skønnes at have et behov for vedligeholdende træning i kommunalt regi i forlængelse af en udskrivning fra hospital. Arbejdet forankres i arbejdsgruppen vedrørende genoptræning.

#### **Krav nr. 3**

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.

#### **Udarbejdelse af tværgående vejledning for Region Hovedstaden.**

Oplysninger om det frie valg af genoptræningssted skal fremgå af en vejledning til genoptræningsplanerne.

Regionen og hver enkelt kommune udarbejder hver især en specifik elektronisk vejledning, som kan vedhæftes den elektroniske genoptræningsplan. Indtil der foreligger elektroniske genoptræningsplaner udarbejdes en vejledning i papirform.

Vejledningen skal indeholde oplysninger om eksisterende tilbud samt tilbudenes målgrupper. Vejledningen skal endvidere indeholde oplysninger om kontaktpersonordning og kontaktmuligheder.

I forhold til specialiseret genoptræning har hospitalet i forbindelse med udarbejdelsen af patientens genoptræningsplan pligt til at informere patienten om frit valg af specialiseret genoptræning på hospitalerne. I forhold til almen gen-

optræning er det kommunens opgave at beskrive muligheden for at vælge genoptræningstilbud fra andre kommuner end hjemkommunen.

Det er regionens og den enkelte kommunes ansvar at vedligeholde og ajourføre oplysningerne på den ”internet side”, hvor vejledningerne skal trækkes fra.

### **Ventetidsoplysninger**

Ved henvisning fra hospital til ambulante genoptræning skal kommunens eller regionens første kontakt til borgeren med oplysninger om tid og sted for iværksættelse af genoptræningen ske inden for 5 hverdage efter henvisning er modtaget.

Region Hovedstaden og kommunerne skal løbende ajourføre oplysninger om faktiske ventetider til egne ambulante genoptræningstilbud. Oplysningerne skal være tilgængelige på internettet, således at alle parter har let tilgængelig adgang til oplysningerne.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at udvikle fælles målsætninger om maksimale ventetider for tilbud om påbegyndelse af ambulante genoptræningsforløb. Det er aftalt, at forslaget om målsætningerne for maksimale ventetider skal foreligge ultimo 2008.

### **Samarbejde og dialog om genoptræning i forhold til privathospitaler**

Region Hovedstaden indgår i et fælles regionalt arbejde med at få kortlagt privathospitalernes praksis vedrørende genoptræningsplaner med henblik på, at der kan udarbejdes fælles retningslinjer herom.

Patienter, der bliver udskrevet fra et privat hospital efter egenfinansieret behandling, kan af det private hospital henvises til bopælsregionens hospital med henblik på vurdering af det eventuelle behov for en genoptræningsplan og efterfølgende vederlagsfri genoptræning.

I de situationer, hvor en patient bliver udskrevet fra et privat hospital efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, vurderer det private hospital behovet for en genoptræningsplan og udarbejder på det grundlag eventuelt en sådan plan.

Tilsvarende gælder, hvor en patient bliver udskrevet fra et af de i sundhedslovens § 79 omtalte private specialsygehuse mv. Såfremt genoptræningsbehovet er omfattet af kriterierne for almen genoptræning vil kommunen således modtage genoptræningsplanen direkte fra det private hospital.

#### **Krav nr. 4**

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunen sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehuset.

#### **Koordinering af kapacitet**

De enkelte hospitaler i Region Hovedstaden har en forpligtigelse til at underrette/varsle kommunerne om planlagte ændringer i behandlingsaktiviteten på hospitalerne, således at kommunerne får mulighed for at justere kapaciteten. Kriterier for varsling aftales lokalt i samordningsudvalgene, således at det giver samordningsudvalgene et overblik over behovet for genoptræning. De enkelte samordningsudvalg har en gang årligt til opgave, at udarbejde en status til den administrative styregruppe, hvor det fremgår hvilke konkrete drøftelser der har været i forhold til koordinering af kapacitet.

Kapacitetsændringer af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommunerne og Region Hovedstaden inddrager og orienterer hinanden gensidigt. Planforslag, der indebærer væsentlige kapacitetsændringer på genoptræningsområdet drøftes i den administrative styregruppe.

#### **Daglig, patientnær koordination af kapacitet**

De enkelte hospitaler og kommuner i Region Hovedstaden har en forpligtigelse til at underrette hinanden om kapacitetsændringer af betydning for genoptræningsomfanget, så det sikres, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivning fra hospitalet.

Koordinatorfunktionen i henholdsvis kommune og region er ansvarlig for den daglige koordination i forhold til genoptræning.

#### **Overvågning og kapacitetstilpasning - lokalt niveau**

Der er både i Region Hovedstaden og kommunerne en naturlig og legitim interesse i en tæt opfølgning på aktiviteten på genoptræningsområdet.

Den løbende overvågning og tilpasning af kapacitet vil være en væsentlig opgave i samarbejdet mellem det enkelte hospital og de kommuner, det betjener. Opfølgning på nærværende aftale og udviklingen på området dagsordenssættes med faste intervaller i de lokale samordningsudvalg.

Det udarbejdede snitfladekatalog er udgangspunktet for samordningsudvalgets diskussioner af opgavevaretagelse og ansvarsplacering på genoptræningsområdet og udgør derved hovedredskabet i forhold til kapacitetsstyring mellem parterne. Den administrative styregruppe følger de lokale diskussioner i samordningsudvalget og kan i tilfælde, hvor det er nødvendigt, inddrages.

Tilsvarende dagordenssættes med faste intervaller udveksling af data, der belyser aktivitetsmønstre i henholdsvis hospitalsregi og kommunalt regi. Herunder data, som belyser det faktiske aktivitetsniveau inden for både specialiseret og almen ambulant genoptræning samt oplysninger, der illustrerer ændringer i patientstrømme og sammensætning – se nedenstående for uddybning.

### **Overvågning og kapacitetstilpasning - regionalt niveau**

Der blev primo 2007 nedsat en følgegruppe om generering og udveksling af data vedrørende økonomi og aktivitet.

Følgegruppen har udarbejdet en skabelon for standardiserede udtræk fra Sundhedsstyrelsens informations- og afregningssystem (skabelonen kan findes på [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)). Således har hver enkelt kommune mulighed for selv at udtrække data på en lang række indikatorer. For genoptræning er der således mulighed for at trække data om fordeling på typer, kommuner, hospitaler og diagnoser.

Følgegruppen genererer en gang i kvartalet statistik oversigter, der skal sikre viden om og monitorering af udviklingen på bestemte områder. For genoptræning drejer det sig om fordeling på alder og aktionsdiagnoser samt statistik vedrørende genoptræningsplaner for henholdsvis specialiseret og almen ambulant genoptræning.

Følgegruppen kan ligeledes udarbejde data, der belyser de kapacitetsmæssige konsekvenser på genoptræningsområdet af regionens strukturelle ændringer, organisatoriske omlægninger og iværksættelse af nye behandlingstilbud på hospitalsområdet. Af kommende fokusområder kan nævnes implementering af hospitalsplanen, børneområdet, kræftpakker, forløbsprogrammer og praksisplanen. Sådanne data kan kun udarbejdes i relation til de enkelte omlægninger og vil være en del af drøftelserne i de lokale samordningsudvalg og den administrative styregruppe.

Følgegruppens data og information følges tæt og drøftes i såvel samordningsudvalgene, den administrative styregruppe samt Sundhedskoordinationsudvalget.

### **Kvalitetssikring**

Som følge af tiltag på nationalt niveau blev der primo 2007 nedsat en regional arbejdsgruppe, der har til opgave at validere samt udarbejde forslag til implementering af de SKS-procedurekrav, som udmeldes fra Sundhedsstyrelsen. Den regionale arbejdsgruppe har bl.a. udarbejdet 30 cases, hvor der er beskrevet hvilke koder, der skal registreres. Casebeskrivelserne har til hensigt at sikre en ensartet registreringspraksis i regionen.

Der er blandt kommunerne etableret et tilsvarende netværk i forhold til SKS-kodning. Det kommunale SKS-netværk har ligeledes udarbejdet cases. Der er et tæt samarbejde mellem den regionale arbejdsgruppe og det kommunale SKS-netværk.

Arbejdet i de to fora er knyttet tæt til det nationale arbejde og medvirker til sikring af en fremtidig entydighed i SKS-indberetningerne af ergo- og fysioterapeutiske ydelser.

### **Krav nr. 5**

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

#### **Løbende opfølgning**

Aftalen om træning følges primært i de nedsatte samordningsudvalg mellem hospitaler, omkringliggende kommuner og repræsentanter for de praktiserende læger.

#### **Systematisk opfølgning**

Region Hovedstaden og kommunerne benytter en række forskelligartede indikatorer og parametre ved opfølgning af aftalen, således at opfølgningen systematisk indgår i kvalitetsudviklingen på området.

Opfølgningen sker gennem registrering/vurdering af følgende parametre:

1. Afsendes genoptræningsplanerne rettidigt (stikprøveundersøgelser)
2. Udarbejdes genoptræningsplaner efter aftalt standard
3. Overholdes servicemålene for ventetid
4. Overholdes varslingsregler ved ændringer i kapacitetsbehov
5. Utsigtede hændelser
6. Tværsektorielle journalaudits
7. Brugertilfredsundersøgelser.
8. Kontaktpersonordning
9. Principper og retningslinier for revurdering (revisitation) til hospital.
10. Implementering af snitfladekatalog.

#### **Tidsplan for opfølgning**

Opfølgningen, der omfatter et eller flere af ovennævnte områder, drøftes ved kvartalsvise møder i de lokale samordningsudvalg. Hvis drøftelserne i samordningsudvalgene giver anledning til principielle ændringer eller behov for justeringer rettes der henvendelse til den administrative styregruppe.

Den administrative styregruppe sikrer, at der sker en tilbagemelding til arbejdsgruppen vedrørende genoptræning, hvor der kan være behov for, at ar-



bejdsgruppen vedrørende genoptræning udvikler ”best practice” på områder defineret af den administrative styregruppe

Vedrørende utilsigtede hændelser afventer kommunerne lovgivning på området.

### **Kvalitetsudvikling**

Region Hovedstaden og kommunerne vil arbejde målrettet med kvalitetsudvikling af genoptræningsydelser, der tilbydes borgene i Region Hovedstaden.

Der er etableret et formaliseret tværsektorielt samarbejde mellem forsknings- og udviklingsfunktioner for fysio-/ergoterapi, som bl.a. skal arbejde med kvalitetsmonitorering af genoptræningsforløb omfattende måling og registrering af den fysio-/ergoterapeutiske genoptræningsindsats i forhold til fælles standarder, evidens-basering af den kliniske intervention samt forsat udvikling af det hhv. fysio-/og ergoterapeutiske fagområde også set i et rehabiliteringsperspektiv.

Herudover er parterne enige om, at der inden udgangen af år 2009 skal udvikles tværsektorielle og tværfaglige standardforløbsprogrammer og kliniske vejledninger på alle relevante genoptræningsgrupper.

Standardforløbsprogrammerne skal i videst mulig udstrækning være baseret på evidens og fælles sprog og skal sammenkædes med udvikling og implementering af landsdækkende standarder for kvalitet såsom Den Danske Kvalitetsmodel.

Arbejdsgruppen vedrørende genoptræning skal endvidere i løbet af 2008 udvikle standarder for kommunikation mellem hospital, kommuner og egen læge i forbindelse med afslutning af et genoptræningsforløb.

### **Faglig sparring i forhold til træningsområdet**

Region Hovedstaden og hospitalerne tilbyder kommunen mulighed for faglig sparring og vejledning. Eksisterende aftaler om videndeling opretholdes i den udstrækning, at parterne finder det hensigtsmæssigt med henblik på bl.a. kvalitetssikring. Nye aftaler indgås mellem de involverede parter efter behov.

## **Indsatsområde 4: Hjælpemiddelområdet**

Formålet med sundhedsaftalen er at sikre sammenhængende forløb for personer, der har behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber.

Forudsætningerne herfor er, at der etableres en klar og entydig fordeling af roller og ansvar mellem region og kommuner.

### **Krav nr. 1**

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

Hjælpemiddelområdet reguleres via Servicelovens hjælpemiddelbestemmelser samt cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, fra december 2006.

1. april 2007 blev der nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende hjælpemidler under den administrative styregruppe med henblik på at kortlægge behovet for regionale retningslinjer for arbejdsdelingen på hjælpemiddelområdet, samt udarbejde forslag til retningslinjer for hele eller dele af hjælpemiddelområdet.

Udgangspunktet for arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidlers arbejde har været det reviderede cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, fra december 2006, det såkaldte afgrænsningscirkulære.

Det gældende afgrænsningscirkulære kan give anledning til gråzoneproblematikker såvel i forhold til sondringer mellem varige og midlertidige hjælpemidler som i forhold til afgrænsninger mellem hjælpemidler, behandlingsredskaber og træningsredskaber.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at der fortsat er behov for nye og klare begrebsdefinitioner og regelsæt, således at der kan opnås entydig fordeling af ansvars- og myndighedsforpligtelsen på hjælpemiddelområdet mellem region og kommuner.

Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler har udarbejdet et casekatalog med eksempler på og beskrivelser af ansvarsfordelingen mellem regionen og kommunerne i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler, således at snitfladen fremstår tydeligere og anvendelig. Casekatalog og tilhørende læsevejledning er vedlagt som bilag. Casekataloget består af 21 cases, som tager ud-

gangspunkt i afgrænsningscirkulærets opbygning og systematik. Nogle af de overordnede principper for casekataloget er:

- Let adgang for borgeren til behandlingsredskaber og hjælpemidler,
- Gennemsigtighed i forhold til hvem der har ansvaret – regionen, kommunen eller borgeren selv.

Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler har samtidig vurderet, at de økonomiske konsekvenser ved implementering af casekataloget er omkostningsneutrale for både region og kommuner.

Casekataloget er administrativt godkendt i den administrative styregruppe i december 2007, hvorefter kataloget har været til faglig kommentering i både region og kommuner. Implementering af casekataloget blev iværksat medio marts 2008.

Den administrative styregruppe har besluttet at gøre arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler permanent i forhold til løbende revision af og udarbejdelse af tilføjelser til casekataloget.

#### **Særlige fokusområder**

##### **Kropsbårne hjælpemidler**

Kropsbårne hjælpemidler til varigt brug finansieres og bevilges af kommunen efter indstilling med begrundelse og dokumentation fra hospitalsafdelingen, hvor borgeren er i behandling.

Den administrative styregruppe har i november 2007 godkendt arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidlers samarbejdsaftale vedrørende kropsbårne hjælpemidler til varigt brug efter § 112 i Lov om Social Service. Samarbejdsaftalen er vedlagt som bilag. Samarbejdsaftalen sikrer, at kommunerne inddrages tidligt i konkrete forløb vedrørende tildeling af kropsbårne hjælpemidler. Implementering af samarbejdsaftalen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

##### **Øvrige særlige fokusområder**

Jf. afgrænsningscirkulæret er parterne enige om:

- At der med henblik på indarbejdelse i en senere sundhedsaftale skal forberedes en samarbejdsaftale om indkøb mellem regionen og kommunerne, som skal sikre størst mulig overensstemmelse mellem de tekniske hjælpemidler, der indkøbes i henholdsvis kommune og region. Samtidig skal der sikres størst mulig overensstemmelse mellem de kropsbårne hjælpemidler, der anbefales på hospitalerne og de indkøbsaftaler, der indgås i kommunerne. Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler forventer iværksættelse af denne proces ultimo 2008,

- At der for nuværende ikke er behov for at indgå samarbejdsaftaler på særlige områder.

## Krav nr. 2

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

Parterne vil sikre, at tilstrækkelige og relevante hjælpemidler af god kvalitet er til stede i fornødent omfang, så udskrivning fra hospital og rehabilitering ikke forsinkes.

De enkelte samordningsudvalg har en gang årligt til opgave at udarbejde en status til den administrative styregruppe, hvor det fremgår hvilke konkrete drøftelser, der har været i forhold til koordinering af kapacitet.

### Daglig, patientnær koordination af kapacitet

Regionen og kommunernes hjælpemiddeldepoter skal inden for eget ansvarsområde sikre tilstrækkelig forsyning med behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Regionen og kommunernes hjælpemiddeldepoter varetager udlevering og servicering af hjælpemidler og behandlingsredskaber og har endvidere ansvaret for rådgivning, vejledning og tilpasning af hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Regionen og kommunerne udarbejder oversigter over faktuelle oplysninger, nøglepersoner, servicemål og arbejds gange.

Koordinatorfunktionen i henholdsvis kommune og region er ansvarlig for den daglige koordination i forhold til hjælpemidler for uddybning om koordinatorfunktionen se krav 3.

### Koordinering af kapacitet – lokalt niveau

I samordningsudvalgene for de enkelte hospitaler sikres den konkrete planlægning og styring samt koordinering af kapacitet med de kommuner som ligger i hospitalets optageområde.

Det udarbejdede casekatalog er udgangspunktet for samordningsudvalgets diskussioner af opgavevaretagelse og ansvarsplacering på hjælpemiddelområdet og udgør derved hovedredskabet i forhold til kapacitetsstyring mellem parterne. Den administrative styregruppe følger de lokale diskussioner i samordningsudvalget og kan i tilfælde hvor det er nødvendigt inddrages.

Kapacitetsændringer af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommune og hospitalet orienterer og inddrager hinanden gensidigt. Planforslag, der indebærer væsentlige og længerevarende kapacitetsændringer, drøftes i den administrative styregruppe.

### **Overvågning og kapacitetstilpasning - regionalt niveau**

Den administrative styregruppe følger de afledte konsekvenser af implementering af hospitalsplanen, kræftpakker og praksisplanen i forhold til hjælpemidler.

### **Krav nr. 3**

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

Udskrivning til eget hjem skal planlægges med en rettidig dialog og afklaring af den enkelte patients behov for hjælpemidler, behandlingsredskaber og/eller boligændringer, således at patienten har sikkerhed for, at de hjælpemidler/behandlingsredskaber, der er behov for, er til stede i hjemmet, når patienten udskrives.

### **Information fra hospital til kommune**

Vurderingen af behovet for hjælpemidler, behandlingsredskaber og boligændringer i forbindelse med udskrivning skal ske i samarbejde med relevante aktører på hospitalet og i kommunen.

I forbindelse med planlægning af udskrivning skal hospitalet sammen med andre relevante oplysninger udarbejde en funktionsvurdering, der kan lægges til grund for vurdering af behov for både midlertidige og varige hjælpemidler.

Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler har igangsat udarbejdelsen af generelle retningslinjer for udarbejdelse af funktionsvurderinger til brug ved vurdering af behov for hjælpemidler og boligændringer. Implementeringen af retningslinjerne vil foregå i de lokale samordningsudvalg.

### **Hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse**

Den administrative styregruppe godkendte i oktober 2007 arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidlers forslag til retningslinjer for aflæggelse af hjemmebesøg fra hospitalet i forbindelse med udskrivning fra hospitalet. Retningslinjer er vedlagt som bilag.

Da aflæggelse af hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse kan variere både i forhold til opgavens kompleksitet og den enkelte kommunes ønske, er der i

retningslinjerne udarbejdet 3 forskellige modeller for aflæggelse af hjemmebesøg. Kommuner og hospitaler aftaler hvilken model, der som hovedregel anvendes.

### **Kommunikation**

Det er under aftaleområdet vedrørende udskrivelser af svage, ældre patienter fastlagt generelle retningslinjer for udveksling af data mellem hospital og kommune i forbindelse med udskrivning fra hospital.

Der er herunder aftalt principper for varsling om udskrivelse af borgere med behov for primærkommunale hjælpeforanstaltninger, herunder behov for hjælpemidler. Der henvises til denne aftale.

Arbejdet med udvikling af teknologisk infrastruktur til elektronisk udveksling af informationer forankres i den tværgående udviklingsgruppe vedrørende it og informationsudveksling.

### **Kontaktpersonordning**

Der skal etableres en entydig kommunikationsvej mellem kommune og hospital på hjælpemiddelområdet.

Udgangspunktet for en effektiv kommunikation er etablering af:

- én entydig indgang til hospitalet
- én entydig indgang til kommunen.

Regionen og kommunerne udpeger kontaktpersoner på hjælpemiddelområdet svarende til ordningen på genoptræningsområdet. Det vurderes om person-sammenfald er hensigtsmæssigt og muligt. Kontaktpersonen skal kunne besvare faglige og organisatoriske spørgsmål i forhold til hjælpemiddelområdet. Kommunerne og hospitalerne i regionen har en gensidig forpligtelse til at sikre let tilgængelig adgang til oplysninger om kontaktpersoner.

Såfremt der opstår tvister mellem region og kommune om håndtering af sager på hjælpemiddelområdet, søges disse løst via kontaktpersonordningerne på hospitalet og i kommunen, og, hvis dette ikke er muligt, i de lokale samordningsudvalg.

Tvister af mere principiel karakter drøftes i samordningsudvalgene og videreformidles i fornødent omfang til den administrative styregruppe.

### **Koordinatorfunktioner på hospitalet og i kommunen**

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne er der etableret en koordinatorfunktion.

I forhold til hjælpemidler skal koordinatorfunktionen sikre formidling af information og samarbejde mellem hospital og kommune. Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen er forankret i de lokale samordningsudvalg.

Oplysninger om koordinatorfunktionen skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Region og kommuner har ansvar for opdatering af egne oplysninger. Først med implementeringen af MedCom kommunikationen bliver oplysningerne elektronisk tilgængelige.

#### **Krav nr. 4**

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

Med bevilling/forsyning af hjælpemidlet følger også ansvaret for instruktion i brugen og ansvaret for at afklare spørgsmål i forbindelse med brugen af hjælpemidlet.

Indstilling og individuel tilpasning til behandlingsredskabet eller hjælpemidlet påhviler den bevilligende myndighed, ligesom instruktionen i korrekt anvendelse af hjælpemidlet samt vedligeholdelse og reparation også hører med i forsyningsansvaret.

Samarbejdsparterne i de lokale samordningsudvalg udarbejder en generel pjece med overskriften ”Her kan du henvende dig, hvis du får brug for hjælpemidler”. Pjecen skal beskrive regler og borgerens muligheder mv. og udleveres primært på hospitalet.

Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler udarbejder i løbet af 2008 skabelon til den generelle pjece, som efterfølgende konkretiseres i de enkelte samordningsudvalg.

#### **Krav nr. 5**

Hvordan parterne følger op på aftalen.

#### **Løbende opfølgning**

Aftalen om hjælpemiddelområdet følges primært i de nedsatte samordningsudvalg mellem hospitaler, omkringliggende kommuner og repræsentanter for de praktiserende læger.

### **Systematisk opfølgning**

Med udgangspunkt i det enkelte hospital nedsættes et Fagligt Hjælpemiddelforum med deltagelse af repræsentanter fra hjælpemiddelområderne fra hospitalet og kommunerne i hospitalets optageområde.

Fagligt Hjælpemiddelforum nedsættes inden udgangen af 2008. Der afholdes 2 møder årligt fordelt i 1. og 3. kvartal. Hospitalet tager initiativ til indkaldelse til 1. møde. På 1. møde konstituerer forummet sig. Fagligt Hjælpemiddelforum refererer til det lokale samordningsudvalg.

Fagligt Hjælpemiddelforum har til opgave at følge op på sundhedsaftalens indsatsområde vedrørende hjælpemidler minimum en gang årligt og skal:

- Evaluere kontaktpersonsordninger på hjælpemiddelområdet,
- Følge op på at hjælpemidler/behandlingsredskaber/boligændringer er til rådighed for borgeren, når behovet er aktuelt og er tilpasset borgerens behov,
- Følge op på sagsbehandlings- og leveringstider.

Opfølgningen skal i størst muligt omfang bygge på eksisterende og allerede registrerede data. Opfølgningen forelægges samordningsudvalget.

### **Faglig sparring i forhold til hjælpemidler**

Region Hovedstaden og hospitalerne tilbyder kommunen mulighed for faglig sparring og vejledning. Eksisterende aftaler om videndeling opretholdes i den udstrækning, at parterne finder det hensigtsmæssigt med henblik på bl.a. kvalitetssikring. Nye aftaler indgås mellem de involverede parter efter behov.



## Indsatsområde 5: Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

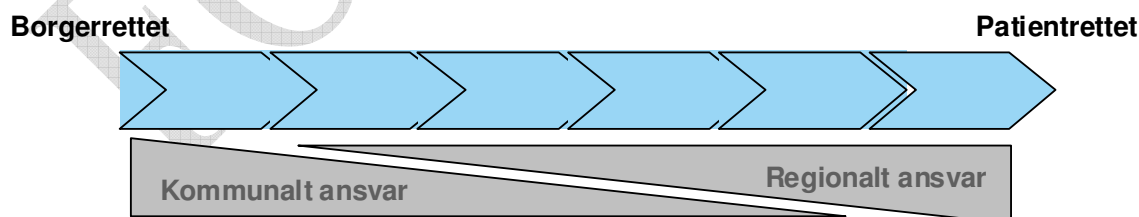
Forebyggelses- og sundhedsfremmende tiltag kan placeres på et kontinuum. I den ene ende er den borgerrettede forebyggelse og i den anden ende er den patientrettede forebyggelse, der er målrettet patienter med behov for en særlig intensiv og kompleks indsats.

Med sundhedsloven er ansvarsfordelingen på forebyggelsesområdet ændret. Kommunerne skal sammen med regionen og de praktiserende læger være med til at fremme sundheden og forebygge sygdomme blandt kommunens borgere. Lovgrundlaget for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme er Sundhedslovens § 119, der sætter rammerne for arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne.

Sundhedsloven pålægger regionen at tilbyde patientrettet forebyggelse i hospitalsvæsen og praksissektor og pålægger kommunerne ansvaret for den forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling på hospitalerne og hos praktiserende læger.

Kommunerne og regionen er enige om, at den borgerrettede forebyggelse er kommunernes ansvar. Tilrettelæggelsen af denne del af forebyggelsesindsatsen er kommunalbestyrelsens ansvar. Der er ligeledes enighed om, at den patientrettede forebyggelse, der retter sig mod patienter med behov for en særlig intensiv og kompleks indsats, er regionernes ansvar. Der er enighed om at de praktiserende læger spiller en betydelig rolle i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme.

Figur 1: Forebyggelseskontinuum



Fokus i sundhedsaftalen er på den gråzone af den patientrettede forebyggelse, hvor arbejdsdelingen skal afklares, jf. bemærkningen til Sundhedsloven om, at der med hensyn til den patientrettede forebyggelse forudsættes, at kommunalbestyrelserne og regionsrådene indgår aftaler.

Sundhedsaftalen tegner herudover en udviklingslinje, hvor der i takt med de organisatoriske og økonomiske muligheder løses flere forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver i kommunerne. Hastigheden i denne udviklingslinje afspejler sig i sundhedsaftalen med de enkelte kommuner. Nærværende sundhedsaftale tager udgangspunkt i den nuværende lovgivningsmæssige forpligtelse og de økonomiske midler, der er stillet til rådighed for henholdsvis regionens og kommunernes løsning af opgaver vedrørende patientrettet forebyggelse.

Kommunerne og regionen er enige om, at der både ligger en betydelig udviklingsopgave og en betydelig formidlingsopgave med at gøre ansvarsfordelingen på forebyggelsesområdet operationel og kendt af alle involverede parter.

### **Udviklingsforum vedrørende patientrettet forebyggelse**

Sikringen af den overordnede sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud sker gennem den tværsektorielle følgegruppe *Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse*. I Udviklingsforum deltager repræsentanter fra kommuner, hospitaler, almen praksis og regionens administration. ”Kommissoriet for Udviklingsforum vedrørende patientrettet forebyggelse” er vedlagt som bilag.

Udviklingsforum blev etableret umiddelbart efter sundhedsaftalernes ikrafttrædelse.

Udviklingsforum har til opgave at udvikle samarbejdet og arbejdsdelingen på alle områder af den patientrettede forebyggelse. Udviklingsforum kan samtidig igangsætte konkrete projekter. Udviklingsforum skal arbejde med respekt for de forskellige lokale udgangspunkter uden at tabe det langsigtede mål for en styrket forebyggelsesindsats.

### **Krav nr. 1**

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

### **Arbejdsdeling**

I henhold til § 119 i Sundhedsloven har kommunalbestyrelsen ansvaret for, ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne, at skabe rammer for en sund levevis. Stk. 2 pålægger kommunalbestyrelsen at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Ifølge stk. 3 skal Regionsrådet tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Regionen og kommunerne er enige om, at målet er, at den konkrete udmøntning af Sundhedslovens arbejdsdeling skal bygge på stratificeringstankegangen som beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport *Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund* fra 2005.

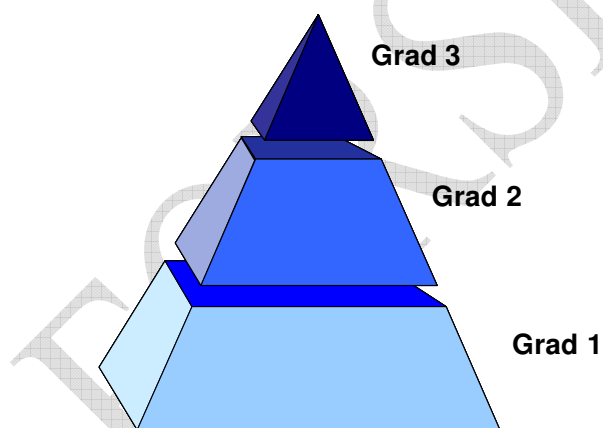
### En graderet indsats

Formålet med stratificeringstankegangen er, at arbejdet tilrettelægges således, at indsatsen graderes i forhold til de behov forskellige patientgrupper har.

Den patientrettede forebyggelse og de sundhedsfremmende indsatser skal tilrettelægges således, at de borgere, der har behov for en særlig udredning eller en kompleks indsats som følge af deres sygdom, og hvor der kræves et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau, eller hvor der er hensyn til patientsikkerheden, tilbydes en hospitalsindsats. De øvrige patienter får tilbud i primærsektoren.

En graderet indsats tager udgangspunkt i en opdeling af patienterne i grupper efter sværhedsgrad, som illustreret i stratificeringspyramiden.

Figur 2: Stratificeringspyramiden



Øverst i pyramiden findes gruppen med behov for en særlig intensiv og kompleks indsats. I mellemgruppen er der periodevis behov for indsats fra det specialiserede niveau og forløbsplanlægning i samspil med primærsektoren. Grad 1 dækker over den store gruppe af patienter, der klarer sig i hverdagen og som kan behandles i primærsektoren (praktiserende læger og speciallæger samt plejetilbud og andre relaterede kommunale tilbud) (Sundhedsstyrelsen (2005), *Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund*, s. 42).

Målet med opdelingen er at sikre alle et forebyggelsestilbud af høj kvalitet:

- Som understøtter den enkelte patient i at leve et godt liv med sin sygdom,
- Som er koordineret mellem kommune, almen praksis og hospitaler.

Målet for arbejdsdelingen realiseres gradvist med udgangspunkt i de lokale forhold, muligheder og prioriteringer. Respekten for de forskellige lokale udgangspunkter må ikke tabe det langsigtede mål om en styrket og ensartet forebyggelsesindsats.

### **Begrebsafklaring**

Der var ved sundhedsaftalernes indgåelse et udtalt behov for en hurtig begrebspræcisering og begrebsudvikling på dette område. Denne begrebsafklaring er foretaget i Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse.

### **Udmøntning**

Opdelingen af patienterne i grupper efter sygdomsgrad er et overordnet redskab til at sikre udviklingen af en hensigtsmæssig arbejdsdeling på *alle* områder af den patientrettede forebyggelse. Stratificeringstænkningen dækker såvel indsatsen vedrørende den generelle forebyggelse og sundhedsfremme i relation til patienter i risiko for livsstilsrelaterede sygdomme som den specifikke indsats overfor patienter med kroniske sygdomme. Realiseringen skal ske med udgangspunkt i de lokale forhold, muligheder og prioriteringer.

Arbejdsdelingen konkretiseres bl.a. i sygdomsspecifikke forløbsprogrammer, der realiseres gradvis med udgangspunkt i de lokale forhold, muligheder og prioriteringer, jf. nedenstående afsnit.

Stratificeringstankegangen udgør et fælles sigtepunkt, som kan forventes udmøntet i takt med, at kommunerne tilføres det økonomiske grundlag og foretager de nødvendige lokalpolitiske prioriteringer af den borgerrettede såvel som den patientrettede forebyggelsesindsats.

### **Fokusområder**

Det er aftalt, at der i den første aftaleperiode arbejdes indenfor tre overordnede fokusområder. Indenfor disse tre områder udvælges der årligt et antal indsatsområder, hvor der i særlig grad skal fokuseres på samarbejdet mellem region og kommuner.

Fokusområderne er KRAM, kronisk sygdom og børneområdet. Fokusområdet vedrørende KRAM-risikofaktorer er obligatorisk. Den borgerrettede forebyggelse vedrørende KRAM – faktorerne er et kommunalt ansvar, mens KRAM som led i den patientrettede forebyggelse både er regionalt og et kommunalt ansvar. De to øvrige områder er frivillige for kommunerne.

Implementeringen af det obligatoriske såvel som de frivillige fokusområder gennemføres med afsæt i de lokale muligheder og de lokale prioriteringer. I lyset af at sundhedsopgaven i kommunerne er vokset betragteligt er der en gensidig forståelse for, at kommunernes indsats i første omgang har forskellige udgangspunkter

Den løbende afgrænsning af fokusområderne og fastlæggelse af indsatsområder foretages af den administrative styregruppe efter indstilling fra Udviklingsforum.

### **KRAM-risikofaktorer**

De fleste kommuner forventes i første omgang at fokusere deres indsats mod risikofaktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM). Dog er der enighed om, at valget af fokusområder ikke må begrænse og fastlåse den enkelte kommunes indsats og prioriteringer.

Fokus er på alle borgere, hvis liv kan forbedres med forebyggende indsatser indenfor KRAM-risikofaktorerne – herunder indtænkes den præoperative indsats. Der udvikles arbejdsdelingsmodeller relateret til KRAM-risikofaktorerne i løbet af aftaleperioden.

### **Kronisk sygdom**

I den oprindelige sundhedsaftale er det aftalt, at der skal udarbejdes forløbsprogrammer for kronisk sygdom startende med KOL og type 2 diabetes. Arbejde forankres i *Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse*.

Arbejdet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens høringsudkast til *Forløbsprogram for Kronisk sygdom – Generisk Model* af 3. maj 2007.

Tilrettelæggelsen af arbejdet med de sygdomsspecifikke forløbsprogrammer bygger på en fælles model udviklet af Udviklingsforum. Kernen i modellen er:

At de sygdomsspecifikke forløbsprogrammer udarbejdes af tværsektorielle og tværfaglige arbejdsgrupper

- At forløbsprogrammerne baseres på den foreliggende evidens.
- At forløbsprogrammerne bygger på de konkrete erfaringer, der allerede er gjort i regionen og kommunerne.
- At regionen og kommunerne forpligtes til systematisk at evaluere og kvalitetssikre indsatsen og sørge for at resultaterne udveksles mellem parterne.
- At der træffes beslutning om implementering.

- At implementeringen af forløbsprogrammerne og tilpasningen til lokale forhold sker i samordningsudvalgene ved de enkelte hospitaler.

### **Udviklingen af forløbsprogrammer for KOL og type 2-diabetes**

Det sundhedsfaglige indhold i forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes er udarbejdet af tværsektorielle og tværfaglige arbejdsgrupper ledet af et trefløjet formandskab bestående af kommuner, almen praksis og hospitaler.

Arbejdsgrupperne har alene angivet de sundhedsfaglige elementer i et forløb og denne første del af forløbsprogrammerne er godkendt i de relevante sundhedsfaglige råd i foråret 2008. Færdiggørelsen af forløbsprogrammerne består dernæst i en beskrivelse af implementerings-, opfølgnings-, og kvalitetssikringsdelen af forløbsprogrammerne.

Til dette formål er der nedsat en arbejdsgruppe for implementering, opfølgning og kvalitetssikring af forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Implementeringsgruppen består af repræsentanter fra hospitaler, kommuner og almen praksis og refererer til Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse. ”Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende implementering, opfølgning og kvalitetssikring af forløbsprogrammer for kronisk sygdom” er vedlagt som bilag.

### **Godkendelse og implementering**

Den administrative og den politiske godkendelse i Region, kommuner og praksisudvalg af de samlede forløbsprogrammer vil foregå i efteråret 2008.

Forløbsprogrammerne godkendes endeligt i Sundhedskoordinationsudvalget.

Det er herefter op til den enkelte kommune at beslutte, i hvilket omfang kommunen ønsker at deltage i den konkrete implementering af forløbsprogrammerne. Der vil derfor være en kommunal beslutningsproces i tilknytning til den lokale udmøntning af forløbsprogrammerne i samordningsudvalgene.

### **Den videre udrulning af arbejdet med forløbsprogrammer**

Der er i 2007 igangsat arbejde med to forløbsprogrammer: KOL og type 2 diabetes

I 2008 igangsættes arbejde med et forløbsprogram: Hjerteområdet

På baggrund af erfaringerne fra de første tre områder tages der herefter stilling til tilrettelæggelsen og omfanget af det videre arbejde med forløbsprogrammer.

### **Børneområdet**

Der er enighed mellem region og kommuner om at spørgsmålet om *børn i misbrugsfamilier* efter 1. januar 2007 er et område, hvor snitfladeproblematikkerne altovervejende er interkommunale.

Der er enighed mellem region og kommuner om at *Udskrivning i forbindelse med fødsel* bedst håndteres i forbindelse med fødeplanen, hvor alle parter er repræsenteret. Det undgås herved, at der træffes aftaler om det samme område i forskellige fora.

### **Nuværende patientrettede forebyggelsestilbud**

Regionen har i 2007 foretaget en kortlægning af patientuddannelser på hospitalerne og i psykiatrien. Der er i alt beskrevet 255 forskellige uddannelsestilbud i regionen. Heraf tilbydes 145 på hospitalerne, 109 i psykiatrien og én vedrører generel patientuddannelse (Stanford-modellen).

Kortlægningen følges op af et kvalitetsudviklingsarbejde baseret i de sundhedsfaglige råd, hvor der ligeledes skal fokuseres på arbejdsdelingen mellem region og kommuner.

### **It-portal**

Udviklingsforum har arbejdet med aftalen om at etablere et system med fælles adgang til information om de tilbud til borgerne, der findes i dag.

Målet er at etablere en database eller lignende, hvor det for kommunesiden er beskrevet hvilke/-n kommunal/-e afdeling/afdelinger, der har det overordnede ansvar for den patientrettede forebyggelse i kommunen og beskrivelser af de forskellige indsatser mht. omfang, målgruppe samt placering.

For regionens side ønskes en angivelse af, hvem der i regionen og på hospitalerne har ansvaret for de forskellige indsatser mht. omfang, målgruppe og placering.

For såvel kommuner som for regionen gælder det, at der skal oplyses lokationsnummer for samtlige tilbud, således at der kan henvises via MedCom-systemet.

Der er i Udviklingsforum blevet arbejdet med at udvikle en skabelon for enkel håndtering af ovenstående oplysninger.

Det er meget ressourcekrævende at opbygge og ikke mindst vedligeholde en sådan database. Det er derfor af afgørende betydning, at der ikke etableres parallelle systemer, der nødvendiggør, at de samme oplysninger indleveres flere steder.

Der er enighed mellem region og kommuner om, at der skal skabes endelig afklaring omkring planerne hos nationale aktører som sundhed.dk og Sundhedsstyrelsen, før den endelige etablering af en regional database iværksættes.

### **Rådgivningsforpligtelsen**

Regionen har i henhold til lovgivningen en særlig rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet. Regionen har i 2007 konkretiseret rådgivningsforpligtelsen efter drøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget. "Notat om Regionens rådgivningsforpligtelse vedrørende forebyggelse" er vedlagt som bilag.

En stor del af regionens rådgivningsforpligtelse knytter an til udarbejdelsen af en sundhedsprofil for hele regionen opdelt på kommuner. Sundhedsprofilen udarbejdes af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. Profilerne bygges på register- og en spørgeskemainformation indsamlet i efteråret 2007 og offentliggøres efter sommerferien 2008.

### **Krav nr. 2**

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

### **Forløbsprogrammer for kronisk sygdom**

Et vigtigt redskab til at sikre sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud er forløbsprogrammerne for kronisk sygdom, jf. krav 1. Dette arbejde er igangsat af Udviklingsforum, der løbende følger arbejdet tæt.

Den lokale udmøntning af forløbsprogrammerne og dermed også den konkrete sikring af sammenhæng mellem de regionale og kommunale tilbud sker i samordningsudvalgene ved de enkelte hospitaler.

I såvel Udviklingsforum som i samordningsudvalgene er de praktiserende læger repræsenteret. Der er enighed om, at bevarelsen af almen praksis' rolle som gate keeper i sundhedsvæsenet er afgørende for sammenhængen og koordineringen af den patientrettede forebyggelse. Det er derfor af stor betydning, at de praktiserende læger er aktive deltagere på alle niveauer.



### Krav nr. 3

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

#### **Kvalitetssikring**

Kvalitetssikringen af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats sker først og fremmest via arbejdet med forløbsprogrammer, jf. kvalitetssikringsdelen af Sundhedsstyrelsens udkast til en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom (Høringsudkast af 3. maj 2007).

Den faglige kvalificering af forløbsprogrammerne sker med inddragelse af de sundhedsfaglige råd, hvor både de praktiserende læger, de lægelige specialer og kommunerne er repræsenteret.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at brugen af forløbsprogrammer og det tilhørende fokus på evidensbaserede retningslinjer udgør grundstenen i sikringen af den sundhedsfaglige kvalitet i den patientrettede forebyggelsesindsats.

En nødvendig forudsætning for kvalitetssikring er endvidere en fælles anvendelse og udvikling af it-værktøjer. Udviklingen af fælles værktøjer skal sikre patientinformation ved overgange mellem systemer. Samtidig åbner fælles værktøjer mulighed for en ensartet registrering og monitorering af indsatsen til brug for en systematisk opfølgning på de opnåede resultater. En sådan opfølgning er en forudsætning for, at kapaciteten i både Region Hovedstaden og kommunerne løbende kan udvikles og tilpasses de aktuelle forhold.

Hertil kommer behovet for en fælles database, jf. krav 1.

Endvidere kan kommunerne deltage i kvalitetssikring af børn og unges (0-16 år) sundhed ved tilknytning til den kliniske database "Børn Sundhed", der bestyres af Forskningscentret for Forebyggelse og Sundhed.

#### **Opkvalificering af nøglemedarbejdere**

I forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammer vil Region Hovedstaden afdække behovet for uddannelse. Der skal i denne sammenhæng udarbejdes et samlet uddannelsesprogram, der har til formål at opkvalificere såvel kommunernes som hospitalernes nøglemedarbejdere til det fælles arbejde. Kommunerne og regionen forpligter sig til at indgå i drøftelser vedrørende et fælles uddannelses-program.

#### **Dialog**

De overordnede retningslinjer for kvalitetssikringen af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats lægges af Udviklingsforum. Dialogen

mellem regionen og kommunerne om dette emne er således forankret i Udviklingsforum, hvor også de praktiserende læger er selvstændigt repræsenteret.

Den nærmere tilrettelæggelse af det fælles kvalitetsarbejde sker i relation til udviklingen af forløbsprogrammer og i den konkrete udmøntning af samarbejdet i de lokale samordningsudvalg ved hospitalerne.

## **Patientuddannelse**

### **Sygdomsspecifik patientuddannelse**

Regionen har i 2007 foretaget en kortlægning af patientuddannelser på hospitalerne og i psykiatrien. Der er i alt beskrevet 255 forskellige uddannelses tilbud i regionen. Heraf tilbydes 145 på hospitalerne, 109 i psykiatrien og én vedrører generel patientuddannelse (Stanford-modellen).

Kortlægningen følges op af et kvalitetsudviklingsarbejde, hvor der både fokuseres på arbejdsdelingen mellem region og kommuner og på en harmonisering og målretning.

### **Generel patientuddannelse**

Der er enighed mellem regionen og kommunerne om, at det anbefales de enkelte kommuner at etablere tilbud om generel patientuddannelse (Stanford-modellen).

For de kommuner som ønsker at prioritere dette, indebærer det, at kommunen skal:

- Udpege en kontaktperson for patientuddannelse,
- Opspore et antal relevante patienter, som kan tilbydes instruktøruddannelse,
- Afholde kurser afhængigt af befolkningstal.

Regionen har oprettet et netværk for de kommunale koordinatører. Netværket mødes mindst en gang årligt for at fremme erfaringsudvekslingen og samarbejdet mellem kommunerne.

Regionen har ligeledes oprettet et netværk for alle masterinstruktører. Netværket mødes mindst en gang årligt.

## Krav nr. 4

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

### **Vurdering af det konstaterede behov**

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

Regionen forpligter sig til aktivt i mødet med borgeren og patienten at forholde sig til dennes behov for patientrettede forebyggelsestilbud. Både regionens og kommunernes personale skal være i stand til at give borgerne/patienterne en specifik information om, hvor de kan henvende sig om råd og vejledning.

### **Koordination af tilbud**

Koordinationen af tilbud sker gennem den lokale implementering af forløbsprogrammer i samordningsudvalgene omkring hospitalerne.

Regionen og kommunerne forpligter sig til at skabe viden i egne organisationer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi med henblik på at sikre indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse

### **Planlægning af patientrettede kommunale forebyggelsestilbud**

Som et supplement til den kommunale planlægning af patientrettede forebyggelsestilbud udarbejder regionen fra 2008 hvert 4. år en sundhedsprofil som stilles til rådighed for kommunerne.

I forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsprofilen tilbyder Region Hovedstaden som en del af sin rådgivningsforpligtelse rådgivning til den enkelte kommune. Rådgivningen gives af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed med udgangspunkt i den enkelte kommunes sundhedsprofil. Sundhedsprofilerne indeholder både en registerdel og en spørgeskemadel, hvilket giver en godt udgangspunkt for planlægningen i den enkelte kommune.

Det er aftalt at regionen udarbejder baseline-opgørelser over forbrug og patientkontakter i relation til regionens hospitaler og almen praksis. Desuden tilbyder regionen at udarbejde periodiske oversigter over forbrug og patientkontakter i hospitalsregi og i almen praksis.

## Krav nr. 5

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

### Identifikation af behov

I forbindelse med diagnosticering og behandling af mennesker med kronisk sygdom påhviler det den behandlende enhed (praktiserende læge eller regions hospitaler), at afdække behovet for tilbud om patientrettet forebyggelse samt sikre henvisning af patienten til de relevante tilbud.

Disse forpligtelser knytter sig til den stratificering og arbejdsdeling, der aftales i de enkelte forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Til at understøtte implementeringen af forløbsprogrammer og sikre kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune er der enighed om, at der er behov for en fælles it-løsning, jf. krav 1.

Det er centralt, at almen praksis har tovholderfunktionen i relation til patienten og koordinering af tilbud.

### Intern information om patientrettede forebyggelsestilbud

Regionen og kommunerne forpligter sig til at skabe viden i egne organisationer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi med henblik på at sikre indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse, jf. krav 4.

## Krav nr. 6

Hvordan parterne følger op på aftalen.

### Løbende opfølgning

Implementeringen og den løbende opfølgning på arbejdet med forløbsprogrammer sker i de nedsatte samordningsudvalg mellem hospitaler, omkring liggende kommuner og repræsentanter for de praktiserende læger.

Endvidere indbygges der i forløbsprogrammerne en løbende opdatering af programmerne på linje med regionens øvrige arbejde med kvalitetsdokumenter.

### Systematisk opfølgning

Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse skal fra 2009 udarbejde status på arbejdet med forløbsprogrammer. Denne status skal indeholde:

- Status på udviklingen af nye forløbsprogrammer,

- Status på implementeringen af eksisterende forløbsprogrammer,
- Status på arbejdet med stratificering,
- Behov for revideringer af arbejdet med forløbsprogrammer.

Til brug for denne status skal der ske en indrapportering fra samordningsudvalgene, således at arbejdet kan justeres i forhold til de konkrete erfaringer med samarbejdet.

### **Tidsplan for opfølgning**

Udviklingsforum skal årligt udarbejde status på arbejdet med forløbsprogrammer.

### **Faglig sparring vedrørende patientrettet forebyggelse**

Region Hovedstaden og hospitalerne tilbyder kommunen mulighed for faglig sparring og vejledning. Eksisterende aftaler om videndeling opretholdes i den udstrækning, parterne finder det hensigtsmæssigt med henblik på bl.a. kvalitetssikring. Nye aftaler indgås mellem de involverede parter efter behov.

## **Indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser**

Region Hovedstadens Psykiatri har sammen med kommunerne i regionen gennemført konkretisering og revidering af sundhedsaftalerne. Konkretiseringen er sket ved, at der er udarbejdet en standardaftale på voksenområdet og en standardaftale på børne- og ungeområdet. Standardaftalerne er forløbsbaserede og understøtter det gode patient- og samarbejdsforløb. De konkrete samarbejdsaftaler mellem Region Hovedstadens Psykiatri ved de enkelte psykiatriske centre og de enkelte kommuner i regionen er indgået på grundlag af disse standardaftaler.

### **Proces i forbindelse med standardaftalerne**

To arbejdsgrupper har udarbejdet standardaftaler på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet. Standardaftalerne sikrer, at Sundhedsstyrelsens krav til konkretisering af sundhedsaftalerne imødekommes.

Standardaftalerne er efter godkendelse i psykiatriens samordningsudvalg og den administrative styregruppe for sundhedsaftaler blevet behandlet og udfyldt i de lokale samordningsudvalg. De lokale samordningsudvalg består af de psykiatriske centre, de børne- og ungdomspsykiatriske centre, kommunerne i deres optageområde, samt repræsentanter fra praksissektoren. De konkrete samarbejdsaftaler indeholder alle elementerne i standardaftalen, men kan være suppleret med konkrete lokale initiativer og yderligere aftaler om samarbejdet.

### **Samarbejdsaftaler**

Formålet med samarbejdsaftalerne er at sikre et konstruktivt grundlag for samarbejdet mellem det psykiatriske center / det børne- og ungdomspsykiatriske center og den kommune, som patienten bor i, således at borgere med sindslidelse oplever sammenhæng, kontinuitet og medinddragelse i en helhedsorienteret indsats. Skabelon til samarbejdsaftale på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og samtlige kommunerne i regionen er vedlagt som bilag.

Samarbejdsaftalerne fastlægger, hvordan psykiatrisk center / børne- og ungdomspsykiatrisk center og den enkelte kommune i centrets optageområde skal samarbejde om mennesker – voksne samt børn og unge - med sindslidelse, som enten modtager kommunale foranstaltninger eller som skønnes at kunne få brug for kommunale foranstaltninger.

Hovedprincipperne for samarbejdet er, at den myndighed, der har kontakt med borgeren, er forpligtet til at orientere og inddrage øvrige relevante samarbejdspartner med henblik på at sikre, at borgerens behov bliver tilgodeset og ventetiden på relevante foranstaltninger bliver minimeret. Samarbejdet tager desuden

udgangspunkt i de fælles værdier for den tværsektorielle indsats for mennesker med sindslidelse:

- Respekt
- Faglighed
- Ansvar

Kompetenceforholdene for henholdsvis psykiatrisk center / børne- og ungdomspsykiatrisk center og kommunen fremgår af aftalerne.

Aftalerne forholder sig generelt til, hvordan der skal samarbejdes om mennesker med sindslidelse. I tilfælde, hvor der gælder særlige forhold for patienter med særlige diagnoser/tilstande, fremgår det særskilt af aftalen.

Der er i samarbejdsaftalen på voksenområdet særlige samarbejdsrelationer i forhold til:

- Mennesker med sindslidelse, som bor i botilbud (sindslidelse og udviklingshæmning),
- Mennesker med sindslidelse og dom til behandling,
- Mennesker med sindslidelse og misbrug (dobbeltdiagnoser),
- Børn i familier med psykisk sygdom,
- Hjemløse,
- Patienter med spiseforstyrrelser,
- Traumatiserede flygtninge,
- Selvmordstruede.

Der er i samarbejdsaftalen på børne- og ungeområdet særlige samarbejdsrelationer i forhold til:

- Selvmordstruede børn og unge
- Institutionsanbragte børn og unge
- Andre børn i familier med sindslidelse

Samarbejdsaftalerne på såvel voksenområdet som børne- og ungeområdet fastlægger, hvem der har initiativpligten i forskellige faser af forløbet. Det er således fastlagt, hvordan der skal samarbejdes, koordineres og informeres i henvisningsfasen, i udrednings- og behandlingsfasen, i udskrivningsfasen og i opfølgingsfasen.

Alle aftaler indeholder desuden konkrete kontaktoplysninger. Såvel psykiatrisk center / børne- og ungdomspsykiatrisk center som kommunen har udpeget en eller flere koordinatore, der fungerer som indgang i henholdsvis psykiatrisk center / børne- og ungdomspsykiatrisk center som kommunen. Disse kontaktoplysninger fremgår af samarbejdsaftalerne.

Samarbejdsaftalerne indeholder endelig en række bilag, hvor der foruden konkrete kontaktoplysninger er fælles retningslinjer vedrørende:

- Samtykkeregler og samtykkeerklæringer,

- Ambulant, psykiatrisk speciallægebehandling til beboere på regionale og kommunale botilbud eller andre døgnanbringelsessteder,
- Varsling og varslingsfrister i Region Hovedstadens Psykiatri,
- Henvisningsskema til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden,
- Aftaler, der supplerer samarbejdsaftalen.

Der har været en særlig proces i forhold til Københavns Kommune på voksenområdet, idet borgere fra Københavns Kommune bliver betjent af fem psykiatriske centre. Der er udarbejdet én samarbejdsaftale mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. De konkrete kontaktoplysninger mellem de psykiatriske centre og de socialcentre, som de pågældende psykiatriske centre samarbejder med, fremgår af bilag til aftalen.

I det følgende er samarbejdsaftalen omskrevet til opfyldelse af skabelonen for sundhedsaftaler vedrørende indsatsen over for sindslidende.

### **Krav nr. 1.**

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

Psykiatrisk center har ansvaret for at visitere til centret og beslutter, hvordan udredning og behandling tilrettelægges. Det psykiatriske center beslutter, om udredning og behandling skal foregå ved indlæggelse (akut eller planlagt), ambulant eller ved udgående/opsøgende virksomhed. Det psykiatriske center beslutter også varigheden af forløbet.

Kommunen træffer beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes kommunale foranstaltninger. Kommunen har desuden ansvaret for at vurdere, om der skal udarbejdes en handleplan efter § 141 i lov om social service.

Med udgangspunkt i dette kompetenceforhold konkretiserer samarbejdsaftalen, hvordan det psykiatriske center / det børne- og ungdomspsykiatriske center og kommunen skal samarbejde i forbindelse med de forskellige faser i et behandlingsforløb. Det er ligeledes fastlagt, hvordan der skal samarbejdes i forhold til patienter med specielle behov – eksempelvis patienter med sindslidelse og udviklingshæmning, der bor i botilbud/institutioner, patienter med dom til behandling, patienter med sindslidelse og misbrug (dobbeltdiagnoser) samt selvmordstruede patienter. Hvor samarbejde med andre parter, f.eks. patientens egen læge, kriminalforsorgen eller andre, er relevant, fremgår det af samarbejdsaftalen.



Beboere på botilbud/institutioner skal have en psykiatrisk behandling, som lever op til deres behov på lige vilkår med enhver anden borger i Region Hovedstaden. Der skal sikres samarbejde og koordinering mellem speciallæge i psykiatri og personalet på botilbuddene/institutionerne. Der er derfor som bilag til samarbejdsaftalerne sket konkretisering af den ambulante, psykiatriske speciallægebehandling på botilbuddene/institutioner eller andre døgnanbringelsessteder.

## **Krav nr. 2.**

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

Psykiatrisk center har ansvaret for at underrette patientens kommune så tidligt som muligt i udrednings- og behandlingsfasen, hvis det skønnes, at der bliver behov for kommunale foranstaltninger under eller efter behandlingsforløbet. Kommunen eller psykiatrisk center skal indkalde til et koordinerende planlægningsmøde i løbet af behandlingsforløbet, hvis der skønnes behov herfor. Initiativet ligger hos den part, der konstaterer behovet.

I udskrivningsfasen har psykiatrisk center og kommunen ansvaret for, at behandlingsplanen efter sundhedsloven og handleplanen efter serviceloven koordineres, blandt andet for at undgå uhensigtsmæssige genindlægger. Det kan i den forbindelse også drøftes om der vil være behov for en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Der er udarbejdet en oversigt over regionale behandlingstilbud samt regionale og kommunale sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Oversigten vedligeholdes af de lokale samordningsudvalg. "Oversigt over regionale behandlingstilbud samt regionale og kommunale sociale tilbud" er vedlagt som bilag.

Konkretisering af koordineringsforpligtelsen fremgår af den enkelte samarbejdsaftale.

### Krav nr. 3.

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

Den henvisende læge er ansvarlig for patienten indtil psykiatrisk center påbegynder behandlingen – enten ambulant eller under indlæggelse. Psykiatrisk center har ansvaret for at indkalde patienten til en visitationssamtale ved planlagt behandling. Efter visitationssamtalen har psykiatrisk center ansvaret for at meddele patienten, om han eller hun tages i behandling samt tidspunkt for behandlingsstart og behandlingssted. Psykiatrisk center skal sende en kopi af meddelelsen til den henvisende læge.

Psykiatrisk center har desuden ansvar for at undersøge, om der er igangværende kommunale foranstaltninger, når en patient bliver indlagt eller påbegynder ambulant psykiatrisk behandling. I givet fald underretter koordinator i psykiatrisk center kommunen.

Ved henvendelse til psykiatrisk center undersøger centret desuden, om der er børn i familien. Psykiatrisk center har ansvaret for at vurdere, om der er grundlag for at underrette kommunen om, at der kan blive behov for kommunale foranstaltninger.

Ved påbegyndelse af behandling i psykiatrisk center – enten ved indlæggelse eller ambulant – kan psykiatrisk center indhente oplysninger om tidligere behandlingsforløb, medicinering mv. hos patientens egen læge/ speciallæge eller andre.

Med henblik på at sikre en tidlig indsats har psykiatrisk center ansvaret for at underrette kommunen så tidligt som muligt i behandlingsforløbet, hvis det skønnes, at der bliver behov for kommunale foranstaltninger under eller efter behandlingsforløbet.

Hvis patienten modtager ambulant behandling underretter psykiatrisk center kommunen, hvis der bliver behov for indlæggelse. I tilfælde, hvor kommunen får en begrundet mistanke om forværring af den psykiske lidelse, informerer kommunen psykiatrisk center herom.

I tilfælde, hvor der er behov for en koordinerende indsats i forbindelse med udskrivning, afholdes et udskrivningsmøde med deltagelse af patienten, psykiatrisk center, kommunen, patientens egen læge og eventuelt andre relevante parter. Senest tre dage efter udskrivning eller afslutning af et ambulant forløb har

den behandlingsansvarlige læge på psykiatrisk center ansvar for at sende epikrise med behandlingsplan til egen læge.

Ved udskrivning af selvmordstruede patienter underretter psykiatrisk center kommunen om, at patienten har forsøgt selvmord, samt at der på et senere tidspunkt kan være risiko for et nyt forsøg. Underretning sker for at kommunen kan vurdere, om der er behov for en plan for forebyggelse, og vurdere om der er behov for kommunale tiltag.

Der udpeges koordinatore i såvel psykiatrisk center som i kommunen, der sikrer indgangen til disse myndigheder. Der er således altid mulighed for at søge yderligere information via disse kanaler. Der udpeges desuden en kontaktperson i psykiatrisk center for patienter, ligesom patienten vil have en sagsbehandler i sin kommune. Kontaktpersonen/sagsbehandleren sikrer, at patienten får information, ligesom patienten/klienten selv har mulighed for at søge yderligere oplysninger hos disse personer.

Samarbejdsaftalerne beskriver, hvordan relevant information konkret formidles mellem relevante parter.

Det tilstræbes, at kommunikationen mellem myndighederne så vidt muligt foregår via krypteret mail. Hvis det ikke er muligt, foregår kontakten pr. fax og telefon.

Det er en forudsætning, at samarbejdet sker under iagttagelse af gældende regler om samtykke. Der er derfor udarbejdet et bilag til samarbejdsaftalerne om samtykkeregler og samtykkeerklæringer, hvor reglerne om videregivelse af oplysninger og samtykke er beskrevet.

#### **Krav nr. 4.**

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

Psykiatrisk center har allerede på et tidligt tidspunkt i behandlingsforløbet ansvaret for at underrette kommunen, hvis det skønnes, at der bliver behov for kommunale foranstaltninger under eller efter behandlingsforløbet. Hvis det er tilfældet, afholdes der allerede tidligt i udrednings- og behandlingsfasen et koordinerende planlægningsmøde.

Hvor enten psykiatrisk center eller kommunen i forbindelse med udskrivningsfasen skønner, at der kan være behov for en koordinerende indsats indkalder

enten psykiatrisk center eller kommunen til udskrivningsmøde med deltagelse af psykiatrisk center, kommunen, patientens egen læge og patienten samt andre relevante parter. Det kan på dette møde drøftes, om der er behov for en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan.

Psykiatrisk center og kommunen har desuden ansvaret for, at patientens behandlingsplan efter sundhedsloven og handleplan efter serviceloven koordineres, blandt andet for at undgå uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Med henblik på at sikre koordinerede forløb og glidende overgange varsler psykiatrisk center kommunen, når den behandlende overlæge har et rimeligt skøn over, hvornår en patient vil være færdigbehandlet. Varslingen sker så tidligt som muligt og mindst otte dage før patienten anses for at være færdigbehandlet. Psykiatrisk center oplyser desuden kommunen om det konkrete færdigbehandlingstidspunkt, når det kendes.

I tilfælde hvor patienten selv ønsker at blive udskrevet, og der ikke er grundlag for at tilbageholde med tvang, orienterer psykiatrisk center kommunen herom, hvis patienten har givet samtykke til, at oplysningen kan videregives til kommunen.

#### **Krav nr. 5.**

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

Psykiatrisk center har pligt til at undersøge patientens familiemæssige forhold både ved akut og planlagt indlæggelse samt ved påbegyndelse af ambulante behandling. Psykiatrisk center vurderer, om psykiatrisk center, herunder distriktpsykiatrien kan yde den nødvendige støtte til patienten og dennes barn/børn, eller om der er grundlag for at underrette kommunen om, at der kan være behov for hjælpeforanstaltninger i forhold til barnet/børnene.

Underretningen til kommunen indeholder:

- Kort faktuel beskrivelse af barnet/børnene, hvis det er muligt,
- Grunden til bekymring, eventuel beskrivelse af konkret situation,
- Tidsperspektiv – hvor længe har tilstanden stået på?
- Kort beskrivelse af, hvordan forældrene ser på problemet, og hvordan de reagerer.

Kommunen har derefter ansvaret for at vurdere sagen og eventuelt iværksætte konkrete foranstaltninger.

For at sikre den langsigtede indsats overfor børn og unge, der har sindslidende forældre, er der behov for en kontinuerlig vurdering af, om der er brug for en særlig indsats overfor børn i familien. Psykiatrisk center har derfor ansvar for løbende at vurdere, om der er behov for at underrette kommunen om ændringer i patientens tilstand, der kan have betydning for børn i familien.

Psykiatrisk center og kommunen holder møde mindst to gange årligt med henblik på erfaringsudveksling, videndeling og styrkelse af en smidig og helhedsorienteret indsats – tværfagligt og tværsektorielt – overfor børn af psykisk syge.

I tilfælde, hvor patienten er et barn eller en ung undersøger lægen, om der er andre børn i familien for at klarlægge, om der er arvelige eller miljømæssige dispositioner i hjemmet. I samme forbindelse skal lægen vurdere, om der er grundlag for at underrette sagsbehandler/psykolog i kommunen om, at der kan være behov for hjælpeforanstaltninger i forhold til andre børn i familien. Kommunen har herefter ansvaret for at vurdere sagen og eventuelt iværksætte konkrete foranstaltninger.

Der er udarbejdet en oversigt over tilbud og henvendelsesmuligheder for børn i familier med sindslidende. Oversigten vedligeholdes af de lokale samordningsudvalg. "Oversigt over tilbud og henvendelsesmuligheder for børn i familier med sindslidende" er vedlagt som bilag.

#### **Krav nr. 6.**

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

De lokale samordningsudvalg drøfter hvert år i årets sidste kvartal kapacitet og ændringer heri samt behov og forventninger i forhold til den fremtidige tilbudsvifte. Psykiatriens samordningsudvalg fastlægger og udmelder forinden temaer, der skal indgå i drøftelserne i de lokale samordningsudvalg inden den 1. oktober det pågældende år. De lokale samordningsudvalg indsender resultatet af deres drøftelser til Psykiatriens samordningsudvalg i første kvartal det efterfølgende år.

Konkrete ændringer i kapacitet og tilbudsvifte drøftes løbende i de lokale udvalg.

På baggrund af indrapporteringerne fra de lokale samordningsudvalg sammenholdt med data vedrørende kommunernes forbrug af psykiatriske sundhedsydelser drøfter Psykiatriens samordningsudvalg årligt i april måned kapacitet og forventninger til det fremtidige behov i Region Hovedstaden, herunder ven-

telistesituationen i regionen. Kommuner og region kan anvende resultatet af disse drøftelser, dels ved en kommunale budgetlægning, ved indgåelse af rammeaftalerne samt ved håndtering af ventelisteproblematikken.

#### **Krav nr. 7.**

Hvordan parterne følger op på aftalen.
--

De psykiatriske centre og kommunerne i optageområdet, evaluerer selve samarbejdet jævnligt og mindst én gang årligt, ligesom der skal identificeres områder, hvor samarbejdet kan udvikles. Desuden skal samarbejdsaftalerne gennemgås og justeres efter behov og ved udgangen af 2009.

Dertil kommer, at de lokale samordningsudvalg og Psykiatriens samordningsudvalg mindst én gang årligt drøfter planlægning og styring af kapacitet.

Endvidere følges der op på anvendelsen af varslings- og færdigmeldingsregler samt leveringen af ambulat psykiatrisk behandling af beboere på botilbud/centre.

Bilagssamlingen findes elektronisk på Region Hovedstadens hjemmeside [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk) under Samarbejde med kommunerne/sundhedsaftaler/Sundhedsaftale 2008-2010 (version 1.1).

## Bilagsoversigt

<b>Bilagsoversigt, Sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og Kommunerne i Regionen for perioden 1. januar 2007 – til 31. december 2009. Version 1.1</b>	
<b>Generelle del</b>	Oversigt over regionale aktivitetsdata på sundhedsområdet, som bliver umiddelbart tilgængelige for kommunerne per 1. januar 2007
	Tids- og aktivitetsmål for perioden 2008-2009 fra Udviklingsgruppen vedrørende it- og informationsudvikling
	Organisationsdiagram – sundhedsaftaler.
	Kommissorium for følgegruppe vedrørende økonomi og aktivitet
<b>Indsatsområde 1: Udskrivning af svage ældre</b>	Retningslinjer for indhold i den elektroniske kommunikation. <a href="#">Er under udarbejdelse.</a>
<b>Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb</b>	Ansvarsfordeling mellem kommuner, almen læger og hospital i forbindelse med indlæggelser
	Den gode patientinformation ved sektorovergange. <a href="#">Er under udarbejdelse.</a>
<b>Indsatsområde 3: Træningsområdet</b>	Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende genoptræning
	Læsevejledning til snitfladekatalog. Faglige kriterier og sondringer mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning.
	Snitfladekatalog. Faglige kriterier og sondringer mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning
	Kommissorium for nedsættelse af arbejdsgruppe vedrørende erhvervet hjerneskade
	Retningslinjer vedrørende nødvendige supplerende oplysninger til genoptræningsplaner.
	Generelle principper og retningslinjer for revurdering (revisitation) <a href="#">Er under udarbejdelse.</a>
<b>Indsatsområde 4: Hjælpemidler</b>	Arbejdsdeling: behandlingsredskaber, hjælpemidler og træningsredskaber
	Læsevejledning til casekatalog for hjælpemidler
	Casekatalog for hjælpemidler
	Samarbejdsaftale vedrørende kropsbårne hjælpemidler til varigt brug efter § 112 i lov om Social Service
	Retningslinjer for aflæggelse af hjemmebesøg i forbindelse med udskrivning fra hospital
<b>Indsatsområde 5: Forebyggelse og</b>	Notat om regionens rådgivningsforpligtelse vedrørende forebyggelse

<b>sundhedsfremme</b>	
	Kommissorium for Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse
	Kommissorium for Arbejdsgruppen vedrørende implementering, opfølgning og kvalitetssikring af forløbsprogrammer for kronisk sygdom
<b>Indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser</b>	Skabelon til samarbejdsaftale om mennesker med sindslidelse (voksne)
	Skabelon til samarbejdsaftale om børn og unge med sindslidelse
	Oversigt over regionale behandlingstilbud samt regionale og kommunale sociale tilbud
	Oversigt over tilbud og henvendelsesmuligheder for børn i familier med sindslidelser