

13. december 2006

Generel ramme for de individuelle sundhedsaftaler mellem Region Hovedstaden og de enkelte kommuner i regionen for perioden 1. januar 2007 til 31. december 2009. Godkendt af det midlertidige Sundhedskoordinationsudvalg i møde den 13. december 2006.

Der er mellem

Region Hovedstaden ved Regionsrådet og

X kommune ved Kommunalbestyrelsen/Byrådet/Borgerrepræsentationen

indgået nedenstående sundhedsaftale for perioden 1. januar 2007 til 31. december 2009.

Aftalen omfatter et generelt afsnit fælles med de øvrige kommuner i regionen, beskrivelse af de 6 obligatoriske indsatsområder tilpasset kommunens forhold og forholdene på de hospitaler, som kommunens borgere typisk benytter, samt eventuelle frivillige aftaler mellem region og kommune. Parterne er enige om, at aftalerne i det generelle afsnit har forrang over aftalerne vedrørende de enkelte indsatsområder.

Indholdsfortegnelse

Generel del.....	3
Indsatsområde 1: Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter	9
Krav nr. 1.....	10
Krav nr. 2.....	13
Krav nr. 3.....	14
Krav nr. 4.....	14
Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb	16
Krav nr. 1.....	16
Krav nr. 2.....	17
Krav nr. 3.....	18
Indsatsområde 3: Træningsområdet	20
Krav nr. 1.....	20
Krav nr. 2.....	23
Krav nr. 3.....	26
Krav nr. 4.....	27
Krav nr. 5.....	28
Indsatsområde 4: Hjælpeområde	30
Krav nr. 1.....	30
Krav nr. 2.....	32
Krav nr. 3.....	32
Krav nr. 4.....	34
Krav nr. 5.....	34
Indsatsområde 5: Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse	35
Krav nr. 1.....	36
Krav nr. 2.....	40
Krav nr. 3.....	41
Krav nr. 4.....	43
Krav nr. 5.....	44
Krav nr. 6.....	44
Indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser	45
Krav nr. 1.....	45
Krav nr. 2.....	47
Krav nr. 3.....	48
Krav nr. 4.....	50
Krav nr. 5.....	51
Krav nr. 6.....	52
Krav nr. 7.....	53
Bilag til den generelle del.....	55
Bilag til Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb.....	57
Bilag til indsatsområde 3: Træningsområdet.....	58
Bilag til Indsatsområde 4: Hjælpeområde.....	62
Bilag til indsatsområde 5: Forebyggelse og sundhedsfremme.....	66
Bilag til indsatsområde 6: Mennesker med sindslidelser.....	68

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 og Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. august 2006.

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 mhp 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 er en 1. generationsaftale, som dels skal indeholde aftaler om samarbejdsflader, der skal fungere på kort sigt, dels skal udgøre et fælles udgangspunkt for udvikling af sammenhængende sundhedstilbud på sigt.

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 skal sikres 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.

Under den administrative styregruppe nedsættes for hvert af de obligatoriske indsatsområder en følgegruppe med repræsentanter for kommuner, region, hospitaler og praksisområdet. Endvidere nedsættes der en følgegruppe om generering og udveksling af data om økonomi og aktivitet og en udviklingsgruppe vedr. IT- og informationsudvikling.

Den administrative styregruppe udarbejder kommissorier for de enkelte udvalg og arbejdsgrupper og prioritere igangsættelse. Alle følgegrupper og arbejdsgrupper refererer til den administrative styregruppe.

Der nedsættes 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 repræsenteres i samordningsudvalget. XX kommune indgår i samordningsudvalget omkring YY Hospital.

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 følge op på aftalen, som beskrevet under de enkelte obligatoriske indsatsområder, og løse konflikter på lavere niveau. For kommuner med en kompliceret struktur kan der være behov for etablering af et anderledes samordningsudvalg.

Samordningsudvalgene revideres i lyset af en evt. ændret hospitalsstruktur og ændringer i den kommunale organisering og tilbud. Etablering af kontaktfora kan her overvejes som erstatning for samordningsudvalgene.

Der nedsættes et særskilt samordningsudvalg mellem kommunerne og Psykiatriveirksomheden. Herudover etableres lokale samordningsudvalg mellem det enkelte psykiatriske center og de kommuner, der primært benytter centret.

På det lokale udførende niveau etableres kontaktpersonordninger og koordinatorordninger, som beskrevet under det enkelte aftaleområde. Ordningerne tilrettelægges så der opnås en så direkte dialog som muligt, for at forenkle, smidiggøre og effektivisere samarbejdet som supplement til den aftalte skriftlige kommunikation.

Opfølgning på og revision af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen mellem xx Kommune og Region Hovedstaden gælder frem til 31. december 2009.

Da denne aftale er første generationsaftale er parterne enige om, at der foretages en generel opfølgning på aftalen i 1. kvartal 2008. Opfølgningen skal indeholde såvel kommunens som regionens vurdering af, om aftalens samarbejdsrutiner er implementeret og de opstillede mål er realiseret. Endvidere foretages opfølgning på de under de enkelte indsatsområder fastlagte målepunkter/indikatorer.

Opfølgningen drøftes mellem kommunerne og regionen for at vurdere behovet for justering af sundhedsaftalen, herunder formulering af nye udviklingsprojekter. Dette kan medføre ændringer i såvel obligatoriske som eventuelle frivillige aftaler.

Drøftelsen sker i det 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 mhp. at sikre ensartet sprogbrug og -forståelse
- 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 april 2008.

Der foretages en tilsvarende opfølgning i første kvartal 2009, som grundlag for en generel revision af aftalen.

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, når standarderne er udviklede. På det kommunale område er et pilotprojekt igangsat på landsplan med deltagelse af 11 kommuner samt Kommunernes Landsforening.

Med det øgede fokus på sammenhængen mellem indsatsen på hospitalerne, psykiatriveirksomheden, 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:

- Optimeres gennem entydig placering af de enkelte elementer i forløbet
- Entydigt indhold i de enkelte elementer
- Entydig kommunikation i afleveringssituationer.

Der er behov for fortsat udvikling af de enkelte elementer, men 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. Der er her fokus på samarbejde og kommunikation og mindre på egentlige fælles forløbsprogrammer.

Parterne er enige om at iværksætte en fælles ramme og et dokumentationskoncept for sammenhængende forløbsprogrammer, der lever op til standarden i den danske kvalitetsmodel. Arbejdet hermed afsluttes inden udgangen af 2007, hvorefter udvikling af konkrete forløbsprogrammer iværksættes ud fra en vurdering af antallet af patienter på et givet område og graden af tværsektorialitet.

I arbejdet inddrages alle relevante parter fra region, praksisområde og kommune, 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.

Der udvikles en fælles standard for samtykke erklæringer, der skal bruges ved udveksling af data mellem involverede aktører. Udarbejdelse af en fælles standard forankres i den administrative styregruppe og forventes at foreligge den 1. juli 2007.

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 etablerer 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 f.eks. antal udskrivninger, 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 bilag til den generelle del er de tilgængelige data i oversigtlig form skitseret.

Følgegruppen om generering og udveksling af data vedrørende økonomi og aktivitet, som har repræsentanter fra kommunerne og regionen, nedsættes ultimo 2006.

Det er aftalt, at følgegruppen skal drøfte hvilke yderligere registreringer, der umiddelbart inden for lovgivningens rammer, kan stilles til rådighed for samarbejdet mellem parterne. Herudover er der fra kommunernes side et særligt ønske om, at arbejdsgruppen umiddelbart efter nedsættelsen drøfter behov og muligheder for generering af data vedr. antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage på samme afdeling, og data der belyser antallet af patienter, der udskrives samme dag. Endvidere ønsker kommunerne en drøftelse af muligheden for dataudveksling, som

viser sammenhæng mellem ydelses-registrering og DRG-gruppering på genoptræningsområdet.

Parterne er enige om, at der i 2007 alene fokuseres på de målepunkter/indikatorer, der fremgår af de obligatoriske indsatsområder. De nødvendige registreringer og dataudvekslinger samordnes med de igangværende aktiviteter på feltet.

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 først 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.

Det forudsættes, at der senest 1. april 2007 ligger en tids- og aktivitetsplan for udviklingen af den IT-baserede kommunikation. Som grundlag herfor kortlægger parterne de i kommunerne og regionen allerede anvendte IT-systemer. Planen dækker den resterende del af 2007 og strækker sig ind i 2008. Der udarbejdes i efteråret 2008 en ny handlingsplan for årene 2009 og 2010.

Den tværgående udviklingsgruppe vedr. IT- og informationsudvikling består af repræsentanter for kommunerne, regionen og praksisområdet.

Udviklingsprojekter

Ud over de fælles udviklingsprojekter omtalt under de obligatoriske indsatsområder er der mellem xx Kommune og Region Hovedstaden aftalt videreførelse/ igangsætning af følgende udviklingsprojekter...

(Der angives en meget kort beskrivelse af projektet, hvem der indgår i det, hvem der er initierende og tidsramme)

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 videre.

Parterne er enige om, at alle eksisterende samarbejdsaftaler senest 1. september 2007 skal være gennemgået og tilpasset Sundhedsaftalen.

Konfliktløsning

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

Manglende efterlevelse skal søges løst gennem direkte dialog mellem de involverede aktører. Fører denne dialog ikke til en forbedret efterlevelse kan spørgsmålet bringes

op i samordningsudvalget og derefter i en drøftelse mellem kommunen og regionen.
Indgangen i kommunen erog indgangen i regionen er.....

Fortolkningstvist bringes op i samordningsudvalget og derefter op i den administrative styregruppe vedr. Sundhedsaftaler.

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.

Nærværende aftale om udskrivningsforløb for svage ældre omfatter ikke terminale patienter og palliativ indsats samt hospitalernes samarbejde med psykiatriske afdelinger, fordi ekstraordinær tidlig indsats på tværs af sektorerne er påkrævet. Indtil andet besluttet, gælder således eksisterende aftaler herfor. Opsamling på samarbejde om terminale patienter og palliation og evt. revision og samordning af eksisterende aftaler vil blive taget op i mellem kommunerne og Region Hovedstaden i løbet af 2007.

Det Sundhedsfaglige Råd for Demens 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.

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 tre forudsætninger for opnåelse af sammenhængende patientforløb for svage, ældre patienter:

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

Kontakt mellem hospital, praktiserende læge, kommunen 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 kontaktdgang 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.

Træffetid for kommunen og praktiserende læger kan evt. aftales i det lokale samarbejdsforum.

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

Arbejdet med udvikling af platforme til elektronisk udveksling af informationer forankres i den tværgående arbejdsgruppe vedr. IT-benyttelse.

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

Tidlig vurdering af patientens funktionsevne, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling

Vurdering af patientens funktionsevne 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 funktionsevne, medicin, kost etc. inddrages.

Tidlig varsling af patientens funktionsevne, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling – koordinering af ydelser

Aftaler for varsling af patientens hjemkommune, egen læge, pårørende og andre om patientens funktionsevne, 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 funktionsevne, danner udgangspunkt for kommunens bevilling af ydelser. Hospitalet stiller ikke patienten specifikke ydelser efter udskrivelse i sigte.

Drøftelse af patientens funktionsevne - møde på hospitalet

Hvis der er sket væsentlige ændringer i patientens funktionsniveau i forbindelse med indlæggelsen, kan hospitalet og kommunen aftale, at kommunen (visitor) 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 funktionsevne – besøg i patientens hjem

Alternativt kan kommunen anmode hospitalet om at man sammen aflægger et besøg i patientens hjem for at vurdere, hvilke ydelser, der er nødvendige for at patienten kan udskrives til eget hjem, herunder fx hjælpemiddelbehov, behov for praktiske hjælpeforanstaltninger, boligændringer og træning.

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal have til opgave at udarbejde retningslinjer for hjemmebesøg. Retningslinjer herfor skal foreligge senest 6 mdr. efter nedsættelsen. Tilsvarende inddrages patientens egen læge i nødvendigt omfang i planlægningen af patientens udskrivelse.

Aftaler om varsling – udskrivning til eget hjem

Ved indlæggelser under 24 timers varighed (Akut Modtageafdeling), hvor patientens funktionsevne vurderes at være uændret, kan udskrivelse finde sted samme dag, såfremt kommunen har modtaget varsling om udskrivelse senest kl. 14 på udskrivelsesdagen, fredag dog kl. 13.

Ved kortere indlæggelser indenfor 1 – 5 døgn, 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 til følge, kan udskrivelse finde sted samme dag, såfremt kommunen har modtaget information om patientens udskrivelse senest kl. 14 på udskrivelsesdagen. Kommunen og egen læge varsles som vanligt om hospitalets vurdering af patientens funktionsevne og behov efter udskrivelse allerede efter et døgn indlæggelse.

Ved kortere indlæggelser indenfor 1 – 5 døgn, hvor patienten ikke er kendt af kommunen/patienten er kendt af kommunen, men patientens funktionsniveau vurderes at være væsentlig ændret med deraf følgende væsentlig øget behov for pleje og/eller praktiske hjælpeforanstaltninger, varsler hospitalet kommunen om forventet funktionsevne og tidspunkt for færdigbehandling med 2 døgn (hverdag).
Eksempel: Kommunen orienteres mandag kl. 11 om patientens funktionsevne samt at patienten forventes at være færdigbehandlet onsdag. Patienten udskrives onsdag. Udskrivning af disse patienter kan som hovedregel ikke ske til lørdage, søndage og helligdage.

Hos patienter med markant funktionsnedsættelse, som medfører behov for omfattende hjælpeforanstaltninger og/eller boligændringer (eksempelvis efter apopleksi), varsler hospitalet kommunen med mindst 5 hverdage. Det gælder ligeledes for patienter, som ikke kan udskrives til nuværende bolig.

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 borger, 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 borgere.

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 (udskrivningsrapport).

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.

Koordinator-funktioner på hospitalet og i kommunen.

For at sikre en entydig og enkel kommunikationsadgang og koordination af alle henvendelser mellem parterne, herunder også henvendelser fra pårørende, etableres en koordinatorfunktion.

Hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne har hver især ansvaret for at sikre, at der etableres en entydig koordinatorfunktion, der har til opgave at formidle information og samarbejde mellem hospital og kommune vedrørende udskrivninger. Koordinatorerne skal udgøre den praktiske kommunikationsadgang til hhv. hospitalet

og kommunen. Ansvar for udformning af koordinatorfunktionen forankres i de lokale samordningsudvalg.

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 udfylder indlæggelsessedel
- Kommunen sikrer, at en indlæggelsesrapport med relevante sociale og helbredsmæssige oplysninger følger 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 funktionsevne, behov og forventet tidspunkt for færdigbehandling
- I forbindelse med patientens udskrivning sender hospitalet:
 - Epikrise til patientens egen læge
 - Indlæggelses- og 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
 - Indlæggelses-/udskrivningsrapport
 - Genoptræningsplan, hvor der er aftalt træning af patienten. Planen er udarbejdet sammen med patienten.

Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som skal have til opgave at udarbejde en standard for hvilke oplysninger, der skal formidles til hvilke parter og måden herfor i det gode udskrivningsforløb, inkl. medicinoplysninger. Forslag til standard skal foreligge senest 6 mdr. efter nedsættelsen.

Den tværsektorielle arbejdsgruppe får endvidere, på baggrund af de foreliggende erfaringer, til opgave at

- Følge op på og forestå evt. justeringer parternes rutiner for gensidig formidling af oplysninger om patientens aktuelle medicinforbrug i forbindelse med indlæggelse og udskrivning
- Sikre 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 ved 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.

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

Daglig, patientnær koordination af kapacitet

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 funktionsevne, ydelsesbehov og tidspunkt for færdigbehandling.

Løbende overvågning og tilpasning af kapacitet

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 skal finde sted med faste, jævnlige intervaller i et tværsektorielt samarbejdsforum, der også håndterer ferieperioder, omstruktureringer m.v.

Kapacitetsændringer af væsentligt omfang gøres til genstand for selvstændig planlægning, hvor kommune og hospitalet orienterer og inddrager hinanden gensidigt.

Krav nr. 4

Løbende opfølgning

Region Hovedstaden og kommunerne vil benytte en række forskelligartede indikatorer og parametre ved opfølgning af aftalen, således at opfølgningen systematisk kan indgå i kvalitetsudviklingen på området.

Der vil i denne forbindelse blive fulgt op på aftalens hensigtsmæssighed i det daglige, såsom:

- Aftalens overholdelse, herunder overholdelse af aftalens varslingsregler og videreformidling af aftalte informationer
- Aftalens effekt i forhold til etablering af sammenhængende patientforløb for gruppen af svage, ældre patienter. Evalueret ved tværsektorielle journalaudits og brugertilfredsundersøgelser.

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

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 regi af Region Hovedstaden tilbydes kommunen mulighed for faglig sparring og vejledning i form af hotline og, i en afgrænset periode efter 1.1. 2007, ved udgående funktion for udvalgte områder. Eksisterende aftaler om videndeling og 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 retningslinier, 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. Nærmere omtale af arbejdsgruppe og tidsramme findes side xx.

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) forventes igangsat primo 2007 (se nærmere om kvalitetsudvikling side xx).

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.

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.

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

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.

Vedrørende ansvarsfordeling - se bilag.

Krav nr. 2

Hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige 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.

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

Kommunerne sikrer almen læger adgang til ajourførte oplysninger om kontaktpersoner, der kan være lægen behjælpelig med at etablere den fornødne pleje og omsorg af borgeren enten i eget hjem eller på en aflastningsplads på f. eks 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 forsætte indtil videre. Videndeling på området er ønskelig.

Ansvarsfordeling se bilag.

Krav nr. 3

Hvordan parterne følger op på aftalen

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

Derudover aftales en række særlige evalueringsområder:

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.
3. *Opfølgning på sygdomsspecifikke grupper eller andre veldefinerede patientgrupper*: Region og kommuner forpligter sig til løbende at evaluere 2 sygdomsspecifikke grupper pr. år. I 2007 fokuseres på diabetes og kronisk lungesygdom. Udvælgelsen af de sygdomsspecifikke grupper for 2008 og 2009 fastlægges efterfølgende af aftaleparterne. Ved afholdelse af audit udarbejdes en liste over de forhold, der har været medvirkende til genindlæggelse (hospitalsophold, almen praksis og kommunal indsats). Parterne forpligter sig til gensidigt at arbejde med løsningsmodeller på de områder, der påpeges.

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.

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 og 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.

Arbejdsdelingen mellem Region Hovedstaden og kommunerne vedrørende ambulant genoptræning følger lovgivningen og de retningslinier, der udmeldes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

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

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

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

I de bagvedliggende bilag til Delingsaftalerne fra marts 2006 mellem de nuværende amter/H:S og kommunerne indgik sondringer mellem almen og specialiseret genoptræning.

Disse sondringer indgik som en del af de afsluttende fordelingsprocesser på genoptræningsområdet, men der er enighed om, at de skal afløses af yderligere konkretiserende beskrivelser af almen og specialiseret genoptræning.

På kort sigt, indtil mere detaljerede sondringer mellem almen og specialiseret genoptræning er udarbejdet, udgør Delingsaftalernes sondringer snitfladen for arbejdsdelingen på genoptræningsområdet.

Med henblik på udarbejdelse af detaljerede præciseringer af sondringerne mellem almene og specialiserede genoptræningsopgaver nedsættes en tværfaglig og tværsektorielt forankret arbejdsgruppe vedr. genoptræning.

Opgavefordelingen vil i takt med, at der opstår ny viden og nye behandlingsformer, løbende blive justeret.

Den tværsektorielle og tværfaglige arbejdsgruppe nedsættes per 15. januar 2007 og skal inden 30. juni 2007 udarbejde et katalog med eksemplificerende beskrivelser af standardgenoptræningsforløb således, at faglige kriterier for sondringer mellem almen og specialiseret ambulante genoptræning tydeliggøres og kommunikeres til kommunerne og regionen. Disse beskrivelser afløser delingsaftalerne. Det afklares på nationalt plan, hvorvidt der er en økonomisk problemstilling i de tilfælde, hvor behandling indgår som et element i almen ambulante genoptræning.

Kommunerne kan indgå aftaler med hospitalerne i Region Hovedstaden, andre kommuner eller private institutioner om en hel eller delvis varetagelse af de almene ambulante genoptræningsforløb. Et standard-koncept for aftaler mellem kommuner og hospital er vedlagt som bilag til dette indsatsområde.

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

Særlige fokusområder

Region Hovedstaden og Kommunerne vil gøre området genoptræning af børn til et særligt fokusområde, idet området er særligt kompliceret både juridisk, organisatorisk, fagligt og økonomisk.

Den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende genoptræning udarbejder forslag til en samarbejdsmodel vedrørende genoptræning af børn. Arbejdet startes ultimo 2007 med henblik på indarbejdelse af området i en senere sundhedsaftale.

Regionen og kommunerne har endvidere valgt at gøre rehabiliteringsindsatsen for personer med (sen)erhvervet hjerneskade til et særligt indsatsområde, idet de nuværende tværsektorielle koordineringsfora (Hjerneskadesamrådene) nedlægges som følge af strukturreformen.

Den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende genoptræning udarbejder på baggrund af en kortlægning af området forslag til et koordineringsorgan, som kan varetage de tværsektorielle opgaver, der hidtidigt er blevet koordineret i Hjerneskadesamrådene.

Kørsel

Der skal mellem hospitalerne og de enkelte kommuner aftales retningslinier for kørsel af patienter til specialiseret genoptræning i hospitalsregi. Arbejdet forankres 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 får den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende genoptræning til opgave at udarbejde forslag til funktionsevnetests, der bør anvendes ved vurdering af specifikke patientgrupper. Et samlet katalog over anbefalede funktionsevnetest skal foreligge inden udgangen af 2008.

Efter samtykke fra patienten fremsendes kopi af genoptræningsplan til visitationen i kommunen og til patientens praktiserende læge.

Det er - under aftaleområdet vedrørende udskrivinger af svage ældre, patienter - fastlagt generelle retningslinier for udveksling af data mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskriving 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.

Det er mellem Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden aftalt, at den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende genoptræning inden 30. juni 2007 udarbejder et forslag til procedure vedrørende forvarsling af patienter, der henvises til genoptræning i kommunerne efter elektiv ambulat behandling fra hospitaler i Region Hovedstaden.

For så vidt angår borgere, som modtager tilbud om kommunale foranstaltninger udover genoptræning, fremsender hospitalet til kommunen, foruden funktionsoplysninger også oplysninger om den gennemførte behandling, patientens almen tilstand og vurdering af plejebehovet.

Den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende genoptræning vurderer inden 1. april 2007 om der inden for andre patientgrupper end de ovennævnte, er et væsentligt behov for udveksling af supplerende oplysninger mellem hospital og kommune vedrørende den gennemførte behandling og patientens helbredstilstand.

Der foregår på nationalt plan (i MEDCOM regi) et arbejde med udvikling af en genoptræningsplan i elektronisk form, der forventes klar til implementering i 2007.

Region Hovedstaden og kommunerne vil benytte mulighederne for elektronisk fremsendelse af alle genoptræningsplaner, så snart de tekniske muligheder er etableret i regionen og kommunerne. Den elektroniske kommunikation skal også omfatte etablering af mulighed for beskrivelse af og dokumentation for den genoptræning, der er gennemført under indlæggelsen.

Arbejdet med udvikling af platforme til elektronisk udveksling af informationer forankres i den tværgående arbejdsgruppe vedr. IT-benyttelse.

Der foretages en justering af indholdet i genoptræningsplanen såfremt Sundheds- og Indenrigsministeriet udsender retningslinier, der giver anledning her til.

Kontaktpersonordning og understøttelse af koordination

Der skal etableres en entydig kommunikationsvej mellem XXX kommune og XX 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.

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 principiell karakter drøftes i samordningsudvalgene og videreformidles i fornødent omfang til den administrative styregruppen for Sundhedsaftaler.

Hospitalerne i Region Hovedstaden og kommunerne har hver især ansvaret for at sikre, at der etableres en entydig koordinatorfunktion, der har til opgave at varetage den generelle koordination mellem hospital og kommune på genoptræningsområdet. Herunder fremsendelse af genoptræningsplaner, koordinering af kontaktpersonordningen samt gennemførelse af journalaudits og andre udviklingsrelaterede aktiviteter. Koordinatorfunktionen forankres i de lokale samordningsudvalg.

Koordinatorfunktionen har endvidere ansvaret for kommunikation og koordination, såfremt der under et alment genoptræningsforløb er behov for lægeligt tilsyn eller visitation til genoptræning på specialiseret niveau.

Den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende genoptræning udarbejder inden udgangen af 1. april 2007 forslag til generelle principper og retningslinier for revisitation til sygehuset.

Specialiseret genoptræning

Når genoptræningsplaner kan fremsendes elektronisk via MEDKOM skal kommunen I - såfremt borgeren har givet samtykke hertil - have tilsendt genoptræningsplaner for de borgere fra kommunen, som gennemgår et specialiseret genoptræningsforløb på et af regionens hospitaler.

Vedligeholdende træning ifølge serviceloven

Region Hovedstaden og Kommunerne udarbejder inden den 1. juli 2007 generelle retningslinier 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 den tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgruppe 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 et bilag 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 genoptræning 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 senest 31. marts 2008.

Samarbejde og dialog om genoptræning i forhold til privathospitaler

Region Hovedstaden skal inden den xx.xx.xx indgå aftale med privathospitalerne vedrørende samarbejde og dialog om genoptræningsplaner.

Patienter, der bliver udskrevet fra et privat hospital efter egen-finansieret 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.

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 Styregruppen for Sundhedsaftaler og forelægges Sundhedskoordinationsudvalget til høring.

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.

Tilsvarende dagsordenssættes 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 ambulante genoptræning samt oplysninger, der illustrerer ændringer i patientstrømme og sammensætning.

Specifikt i forhold til belysning af aktivitetsudvikling inden for specialiseret genoptræning er det aftalt, at Hospitalerne kvartalsvis uarbejder en oversigt på

cpr.nr. niveau over de enkelte kommunernes forbrug af specialiserede genoptræningsydelser.

Overvågning og kapacitetstilpasning - regionalt niveau

På Regionalt niveau nedsættes en arbejdsgruppe, som kortlægger behovet for dataoverførelser mellem region og kommuner på genoptræningsområdet. Herunder kortlægges behovet for data, der kan belyse regionale forskelle og ligheder i aktivitetsudviklingen.

Der etableres endvidere på regionalt niveau et samarbejde om validering og implementering af de SKS-procedurekrav, som udmeldes fra Sundhedsstyrelsen.

Krav nr. 5

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

Region Hovedstaden og kommunerne vil benytte en række forskelligartede indikatorer og parametre ved opfølgning af aftalen, således at opfølgningen systematisk kan indgå 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. Utilsigtede hændelser
6. Tværsektorielle journalaudits
7. Brugertilfredsundersøgelser.

Opfølgningen, der omfatter et eller flere af ovennævnte områder, drøftes ved kvartalsvise møder i Samordningsudvalget.

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 kan etableres 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, evidensbaseret 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 2008 skal udvikles tværsektorielle og tværfaglige standardforløbsprogrammer og kliniske vejledninger på alle relevante genoptræningsgrupper.

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

Arbejdsgruppen skal endvidere udvikle standarder for kommunikation mellem Hospital, Kommuner og egen læge i forbindelse med afslutning af et genoptræningsforløb.

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 det såkaldte afgrænsningscirkulære fra 1975, der bl.a. angiver ansvarsfordelingen mellem hospitaler og kommuner i forhold til midlertidige hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Afgrænsningscirkulæret har i praksis givet anledning til mange 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 er et markant 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.

I september 2006 nedsatte Indenrigs- og Sundhedsministeriet en arbejdsgruppe, som skal revidere det gældende afgrænsningscirkulære. Det forventes, at et udkast til nyt cirkulære vil komme i høring i november 2006 og kan træde i kraft 1. januar 2007.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at udvikling og implementering af nye arbejdsdelinger på hjælpemiddelområdet bør afvente at indholdet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet kommende cirkulære bliver kendt af parterne.

For at sikre sammenhængende patientforløb og entydighed i opgavevaretagelsen vil Region Hovedstaden og kommunerne imidlertid udarbejde forslag til fælles regionale retningslinier for arbejdsdelingen på området, såfremt bestemmelserne i det kommende cirkulære fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke fuldt ud dækker behovet herfor.

Der nedsættes per 1. april 2007, eller så snart Indenrigs- og Sundhedsministeriets cirkulære foreligger, en tværsektoriel arbejdsgruppe under den administrative Styregruppe for Sundhedsaftaler, der med udgangspunkt i det kommende cirkulære for hjælpemiddelområdet skal kortlægge behovet for regionale retningslinier for

arbejdsdelingen på hjælpemiddelområdet, og, såfremt det anses for påkrævet, udarbejde forslag til retningslinier for hele eller dele af hjælpemiddelområdet. Arbejdsgruppens forslag til endelige model - inklusive økonomiberegninger - skal foreligge primo 2008 således, at de økonomiske konsekvenser ved implementering af modellen kan indarbejdes i Regionens og kommunernes budgetter for 2009.

Arbejdsdeling i overgangsperioden

Parterne er enige om at arbejdsdelingen på hjælpemiddelområdet i perioden frem til der foreligger nye landsdækkende og/eller regionalt udviklede retningslinier i størst mulig grad skal baseres på de gældende regler i Afgrænsningscirkulæret fra 1975.

Udgangspunktet for opgavefordelingen er således, at

- Regionen har ansvaret for forsyning af hjælpemidler til midlertidig brug under indlæggelse og efter udskrivning fra hospital samt for forsyning af behandlingsredskaber, der indgår som led i eller som fortsættelse af behandling på hospital eller hos speciallæge, hvor behandling kan sidestilles med hospitalsbehandling
- Kommunen har i henhold til Servicelovens hjælpemiddelbestemmelser forsyningsansvaret for kropsbårne og tekniske hjælpemidler samt for boligændringer til borgere med varigt nedsat funktionsevne.

Region Hovedstaden og Kommunerne har udarbejdet et fælles afklaringsnotat om definitioner, ansvars-, opgave-, og arbejdsdelingen på hjælpemiddelområdet. Notatet, der vedlægges som bilag til denne aftale, indeholder endvidere en oversigt over områder, som aktuelt ikke er reguleret via cirkulære og vejledning.

Særlige fokusområder.

Kropsbårne hjælpemidler finansieres og bevilges af kommunen efter indstilling med begrundelse og dokumentation fra hospitalsafdelingen, hvor borgeren er i behandling. Såfremt denne arbejdsdeling fastholdes via det kommende cirkulære for hjælpemiddelområdet er parterne enige om:

- At den tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende hjælpemidler inden udgangen af 2007 skal udarbejde forslag til en samarbejdsaftale, som sikrer, at kommunerne inddrages tidligt i konkrete forløb vedrørende tildeling af kropsbårne hjælpemidler.
- 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, samt størst mulig overensstemmelse mellem de kropsbårne hjælpemidler, der anbefales på hospitalerne og de indkøbsaftaler, der indgås i kommunerne.

Herudover er parterne enige om, at der vil være behov for at indgå samarbejdsaftale på andre områder. Den tværsektorielle arbejdsgruppe vedrørende hjælpemiddelområdet kortlægger inden 30. september 2007 behovet for samarbejdsaftaler på særlige områder.

Krav nr. 2

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

Planlægning og styring af kapacitet.

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

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 arbejdsgange.

Koordinering af kapacitet varetages umiddelbart i de decentrale samarbejdsfora.

Overvågning og tilpasning af kapacitet sker i samarbejde mellem det enkelte hospital og de kommuner, det betjener.

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.

Den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. hjælpemidler udarbejder inden 30. september 2007 generelle retningslinier for udarbejdelse af funktionsvurderinger til brug ved vurdering af behov for hjælpemidler og boligændringer. Retningslinierne vil løbende blive justeret og tilpasset de kommende landsdækkende og/eller regionalt udviklede retningslinier for hjælpemiddelområdet.

Hjemmebesøg i forbindelse med udskrivelse

Kommunen kan anmode det udskrivende hospital om at deltage i hjemmebesøg forud for udskrivelse. Arbejdsgruppen vedrørende hjælpemidler udarbejder inden 1. juni 2007 forslag til retningslinier for aflæggelse af hjemmebesøg fra hospitalet i forbindelse med udskrivning fra hospitalet.

Kommunikation

Det er under aftaleområdet vedrørende udskrivninger af svage, ældre patienter fastlagt generelle retningslinier 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 platforme til elektronisk udveksling af informationer forankres i den tværgående arbejdsgruppe vedr. IT-benyttelse.

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 personsammenfald 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 Styregruppen for Sundhedsaftaler.

Hvert hospital og kommune etablerer inden den xx.xx.xx en entydig koordinatorfunktion, der får til opgave at varetage koordinationen af kontaktpersonordningen mellem hospital og kommune.

Oplysninger om kontaktpersonordningen og koordinatorfunktionerne skal gøres elektronisk tilgængelige for alle hospitaler og kommuner. Den tekniske løsning fastlægges af følgegruppen vedr. IT.

Region og kommuner vil få ansvar for at opdatere egne oplysninger på oversigten. Den praktiske håndtering vedrørende formidling og vedligeholdelse af koordinatoroversigten aftales i arbejdsgrupperne vedrørende henholdsvis hjælpemidler og IT.

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

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.

Krav nr. 5

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Region Hovedstaden og kommunerne vil benytte en række forskellige indikatorer og parametre ved opfølgning på aftalen, således at opfølgningen systematisk kan indgå i kvalitetsudviklingen på hjælpemiddelområdet. Opfølgningen skal i størst muligt omfang bygge på eksisterende og allerede registrerede data.

- Evaluering af kontaktpersonsordninger på hjælpemiddelområdet
- Er der etableret et samarbejde mellem personalet i regionen/hospitalet og i primærkommunen?
- Er hjælpemidlerne/behandlingsredskaberne/boligændringerne til rådighed for borgeren, når behovet er aktuelt?
- Leveringstider (sagsbehandlingstider og leveringstider)
- Bliver hjælpemidlerne/behandlingsredskaberne tilpasset borgeren?

Opfølgningen drøftes ved kvartalsvise møder i de lokale samordningsudvalg.

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.

Fokus i sundhedsaftalen vil være 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 mulig udviklingslinie, hvor der i takt med de organisatoriske og økonomiske muligheder løses flere forebyggelses og sundhedsfremmeopgaver. 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 hhv. regionens og kommunernes løsning af opgaver vedr. 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.

Regionen har i henhold til lovgivningen en særlig rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet. Denne forpligtelse konkretiserer regionen inden 1. juli 2007. Heri indgår også indgå en konkretisering af regionens opgaver på den patientrettede forebyggelse, ligesom der vil være en beskrivelse af de patientskoler/-uddannelser, der tilbydes i regionen.

Krav nr. 1

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

Arbejdsdelingen

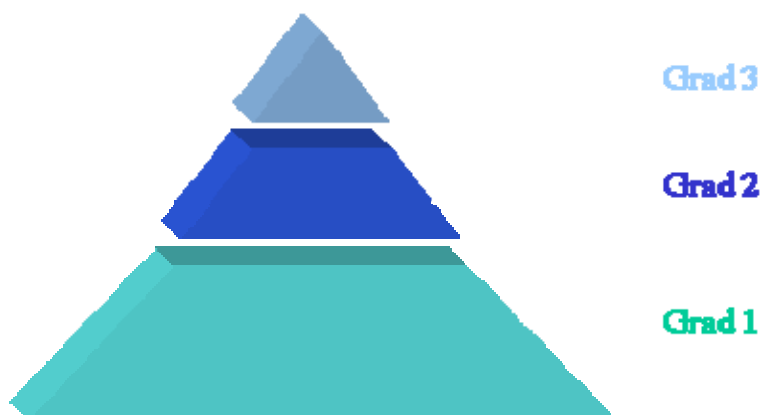
I henhold til § 119 i Sundhedsloven har kommunalbestyrelsen ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis. Stk. 2 pålægger kommunalbestyrelsen at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Ifølge stk. 3 skal Regionsrådet 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 etablere et udviklingsforum, som skal have til opgave at udvikle den praktiske arbejdsdeling vedr. patientrettet forebyggelse (se nedenfor). Dette udviklingsforum for patientrettet forebyggelse skal arbejde med respekt for de forskellige lokale udgangspunkter uden at tabe det langsigtede mål for en styrket forebyggelsesindsats.

En gradueret indsats

Målet for arbejdsdelingen mellem regionen og kommunerne er, at indsatsen omkring den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelægges således, at kun de borgere, der har behov for en særlig udredning eller en kompleks indsats som følge af deres sygdom, tilbydes en hospitalsindsats, mens de øvrige patienter får tilbud i primærsektor. Målet for arbejdsdelingen skal realiseres gradvis med udgangspunkt i de lokale forhold, muligheder og prioriteringer.

En gradueret indsats tager udgangspunkt i en opdeling af patienterne i grupper efter sværhedsgrad.



Kilde: Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund, Sundhedsstyrelsen (2005)

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).

Opdelingen af patienterne i grupper efter sygdomsgrad er et langsigtet redskab til brug for udviklingen af aftaler om opgavesnit mellem forskellige niveauer i sundhedssystemet og bruges for at sikre udvikling af den mest hensigtsmæssige arbejdsdeling. Arbejdsdelingen i gradueringsmodellen er således et fælles sigtepunkt, som først kan forventes opnået i takt med at kommunerne tilføres det økonomiske grundlag for og foretager lokalpolitiske prioritering af en øget kommunal forebyggelsesindsats (borgerrettet og patientrettet).

Målet med opdelingen er at sikre alle borgere et tilbud om patientrettet forebyggelse 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.

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

Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse

Der nedsættes et udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse med deltagelse af repræsentanter fra region, kommuner, hospitaler og almen praksis. Dette udviklingsforum skal have til opgave udvikle den praktiske arbejdsdeling på alle områder af den patientrettede forebyggelse, samt udarbejde retningslinier for den konkrete arbejdsdeling på de enkelte indsatsområder. Der er udtalt behov for en hurtig begrebspræcisering og begrebsudvikling på området. Den skal hurtigt iværksættes for bl. a. at sikre, at opgavedelingen inden for området mellem regionen og kommunerne specificeres og konkretiseres, ligesom de praktiserende lægers rolle tydeliggøres.

I bilag 1 vedlægges kommissoriet for "Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse".

Fokusområder

Indenfor tre overordnede fokusområder udpeges der årligt et antal indsatsområder, hvor samarbejdet mellem regionen og kommunerne omkring den patientrettede forebyggelse skal optimeres. Alene fokusområdet vedrørende KRAM-risikofaktorer er obligatoriske. De øvrige fokusområder er frivillige for kommunerne. Ambitionsniveauet for indfasningen af både det obligatoriske og de frivillige fokusområder samt af kronikermodellen gennemføres med afsæt i de lokale muligheder og de lokale prioriteringer.

Regionen og kommunerne er enige om, at valget af fokusområder ikke må begrænse og fastlåse den enkelte kommunes indsats og prioriteringer. I lyset af at sundhedsopgaven bliver større for kommunerne, er der en gensidig forståelse for, at kommunernes indsats i første omgang har forskellige udgangspunkter.

De fleste kommuner forventes derfor i første omgang at fokusere deres indsats mod risikofaktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM). Regionen har særlig interesse for en indsats målrettet de 8 folkesygdomme, som er defineret i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet". Desuden er der et ønske om en særlig indsats på børneområdet, herunder børn i misbrugsfamilier og udskrivning efter fødsel.

I 2007 og de kommende år tager valget af fokusområder i Udviklingsforum udgangspunkt i ovenstående ønsker, idet den endelige fastlæggelse og afgrænsning af fokusområder for de enkelte år foretages af den administrative styregruppe på baggrund af oplæg fra Udviklingsforum.

Fokusområde 1: KRAM-risikofaktorer

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.

Fokusområde 2: Folkesygdomme

Udgangspunktet er de 8 folkesygdomme som defineret i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet". Der aftales for kommuner, der vælger at indgå i dette fælles arbejde, en arbejdsdeling for den patientrettede forebyggelse på to folkesygdomsområder om året. I 2007 træffes der aftale indenfor:

- Type2 Diabetes (DM2)
- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)

Der er behov for en omfattende videndeling mellem kommunerne og mellem hospitaler og kommuner, så allerede indhøstede erfaringer nyttiggøres. Som eksempel på et projekt, hvor der er positive erfaringer med en systematisk og udspecificeret arbejdsdeling mellem kommune, almen praksis og hospital kan nævnes projektet Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS).

Fokusområde 3: Børneområdet

Arbejdsdelingsmodellen udrulles på 1-2 delområder om året. I 2007 foreslås modellen udrullet for

- Børn i misbrugsfamilier
- Udskrivning i forbindelse med fødsel

Udrulning

Udgangspunktet for udrulning af arbejdsdelingsmodellen er de tre fokusområder. I 2007 udrulles arbejdsdelingsmodeller for ovennævnte indsatsområder og samtidig påbegyndes udarbejdelsen af arbejdsdelingsmodeller og forløbsprogrammer for de næste indsatsområder. Rækkefølgen drøftes i Udviklingsforum og fastlægges i den administrative styregruppe. Samtidig tilkendegiver den enkelte kommune om den vil deltage i implementeringen på det pågældende område.

Nuværende patientrettede forebyggelsestilbud

Kommunerne og Region Hovedstaden beskriver de planlagte tilbud til borgerne samt eksisterende tilbud i det omfang, de findes i dag.

Kommunerne beskriver, hvilke/-n kommunal/-e afdeling/afdelinger, der har det overordnede ansvar for, at den patientrettede forebyggelse i kommunen spiller sammen med hospitalernes patientrettede forebyggelse, og hvem der i kommunen har ansvaret for, at der foreligger beskrivelser af de forskellige indsatser mht. omfang, målgruppe samt placering.

Kommunerne forpligter sig til at etablere og opretholde en kommunal tovholderfunktion for forebyggelsesarbejdet.

Region Hovedstaden angiver, hvem der i regionen og på hospitalerne har ansvaret for, at der foreligger beskrivelser af 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 skal udvikles en skabelon for enkel håndtering af oplysninger om faktiske og planlagte tilbud.

Krav nr. 2

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

Sammenhæng

Det er nødvendigt, at der sikres en organisatorisk og sundhedsfaglig sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud med henblik på at etablere en samlet effektiv forebyggelsesindsats.

Sammenhængen mellem de regionale og kommunale tilbud sikres gennem en fælles afklaring af:

- Ansvar og opgavefordeling (forløbsprogrammer)
- Indsatsens karakter (evidensbaserede retningslinier).

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.

Ansvar og opgaver (forløbsprogrammer)

Arbejdsdelingen danner grundlag for udarbejdelsen af forløbsprogrammer. Forløbsprogrammerne indeholder en beskrivelse af de fælles mål og en beskrivelse af den samlede organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for grupper af borgere/patienter med rimeligt ensartede behov. Ansvars- og opgavefordelingen mellem parterne synliggøres og i programmerne identificeres indikatorer til brug for evaluering.

I 2007 udarbejdes der fælles forløbsprogrammer indenfor de tre overordnede fokusområder, som endeligt fastlægges i den administrative styregruppe på oplæg fra Udviklingsforum med udgangspunkt i kommunernes henholdsvis regionens ønsker (jf. krav 1):

- KRAM-risikofaktorer: *Kost, rygning, alkohol og motion*
- Folkesygdomme: *DM2 og KOL*
- Børneområdet: *Børn i misbrugsfamilier og Udskrivning efter fødsel.*

Indsatsens karakter (evidensbaserede retningslinier)

Der er enighed om, at den patientrettede forebyggelse og indsatsen i forhold til de udvalgte indsatsområder i såvel kommuner som region i videst muligt omfang skal foregå på baggrund af evidensbaserede retningslinier.

Regionen og kommunerne forpligtes til systematisk at evaluere og kvalitetssikre indsatsen og sørge for at resultaterne udveksles mellem parterne.

Krav nr. 3

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

Dialog

Dialogen mellem regionen og kommunerne formaliseres i Udviklingsforum.

I Udviklingsforum drøftes sammenhængen mellem og kvalitetssikringen af de regionale og kommunale patientrettede forebyggelsestilbud.

For at muliggøre den løbende dialog forpligter de regionale enheder og kommunerne sig til at deltage i dialogen med "Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse" gennem deltagelse i formøder med de regionale og kommunale repræsentanter.

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.

Udviklingsforum drøfter ligeledes retningslinjer for anvendelse af IT-værktøj. I forlængelse heraf fremlægges ønsker til IT-løsninger og IT-værktøj for at sikre den organisatoriske og sundhedsfaglige sammenhæng mellem de regionale og de kommunale tilbud for den særlige fælles IT-udviklingsgruppe.

Kvalitetssikring

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at brugen af forløbsprogrammer og evidensbaserede retningslinier udgør grundstenen i sikringen af den sundhedsfaglige kvalitet i den patientrettede forebyggelsesindsats.

En nødvendig forudsætning for kvalitetssikring er en fælles anvendelse og udvikling af IT-værktøjer. En fælles anvendelse af IT har 2 hovedformål:

- Sikring af patientinformation ved overgange mellem systemer
- Registrering og monitorering af indsatsen til brug for en systematisk opfølgning på de opnåede resultater.

Der skal i fællesskab iværksættes et initiativ, som skal sikre, at forløbsprogrammerne løbende evalueres. Til brug herfor igangsættes et arbejde med at udvikle en databasemodel, som redskab til at monitorere indsatsen på tværs af sektorerne. Alle aktører forpligter sig til at indrapportere data elektronisk.

En sådan systematisk opfølgning på indsatsen er en forudsætning for at kapaciteten i både Region Hovedstaden og kommunerne løbende kan udvikles og tilpasses de aktuelle forhold.

Kvalitetssikring af konkrete patientrettede forebyggelsestilbud

Patientuddannelse

Regionens hospitaler har en række forskellige patientuddannelser, herunder sygdomsspecifikke.

Det er ikke en kommunal forpligtelse at tilbyde patientuddannelse, hvilket kommunerne således heller ikke har fået tilført økonomisk grundlag for. Der er dog 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 – fx 1 årligt kursus pr. 20.000 indbyggere).

Regionen opretter et netværk for alle masterinstruktører, som mødes en gang årligt for at fremme erfaringsudvekslingen mellem kommunerne.

Opkvalificering af nøglemedarbejdere

Region Hovedstaden afdækker i løbet af 2007 behovet for uddannelse. Primo 2008 skal der foreligge et samlet uddannelsesprogram, der har til formål at opkvalificere kommunernes nøglemedarbejdere på forebyggelsesområdet. Kommunerne forpligter sig til at indgå i drøftelser vedrørende et fælles uddannelsesprogram.

Det forventes at der bl.a. vil være efterspørgsel efter uddannelsestilbud på følgende områder:

- Kommunale tilbud til kronisk syge
- Forebyggelse af indlæggelse af svage ældre (hjemmeplejen)

- Den brede sundhedsfremme indsats herunder sårpleje og inkontinens
- Forebyggelse af indlæggelse af truede småbørn (sundhedsplejen)
- Hygiejneområdet
- Smertebehandling (hjemmesygeplejen)
- Forebyggelse og sundhed for børn- og unge.

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 (i relation til forløbsprogrammerne) 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. Kommunerne forpligter sig i mødet med borgerne til at understøtte regionens afdækning af behovet for patientrettet forebyggelse og til at stille kommunens eksisterende tilbud til rådighed. 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

Regionen og kommunen forpligter sig til, at indsatsen for patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse er koordineret i overensstemmelse med den faglige evidens. Viden herom sikres gennem brug af forløbsbeskrivelser og evidensbaserede retningslinier som beskrevet under krav 2 samt kvalitetssikringen af disse som beskrevet under krav 3.

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 tilbyder Region Hovedstaden efter aftale med den enkelte kommune at udarbejde skøn over prævalens og incidens.

Endvidere kan der træffes aftale om, at Region Hovedstaden 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.

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.

Identifikation af behov

Ved identifikation af en kronisk syg påhviler det den behandlende enhed (praktiserende læge eller regionens hospitaler), der konstaterer den kroniske tilstand, at afdække behovet for tilbud om patientrettet forebyggelse samt at der sker en videreformidling af tilbud til patienten.

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

Ekstern information om patientrettede forebyggelsestilbud

På baggrund af de oplysninger om de patientrettede forebyggelsestilbud, der leveres til Koncern Plan og Udvikling (Udviklingsenheden) udarbejder Region Hovedstaden en samlet oversigt over tilbuddene, som lægges på Region Hovedstadens hjemmeside (evt. også www.sundhed.dk).

Kommunerne forpligter sig til gennem oplysningsinitiativer (pjeceer, møder m.v.) eller ved hjælp af en lokal sundhedskordinator at informere borgerne om tilbuddene.

Krav nr. 6

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Løbende opfølgning

Udviklingsforum vedr. patientrettet forebyggelse har til opgave løbende at følge parternes indsats på de aftalte punkter, herunder den faktiske arbejdsdeling vedrørende patientrettet forebyggelse med udgangspunkt i gradueringsmodellen.

Der henvises endvidere til sundhedsaftalens generelle afsnit.

Indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser

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).

Arbejdsdeling

Indsatsen i forhold til mennesker med sindslidelser bygger på, at parterne har tillid til hinandens evne og vilje til at løse opgaverne i et åbent og tæt samarbejde. Samarbejdet skal blandt andet tage afsæt i "Det Fælles Værdigrundlag" (Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

Den regionale indsats overfor mennesker med sindslidelser omfatter:

Undersøgelse, diagnostik og behandling på psykiatrisk afdeling/center ambulantly eller på sengeafsnit og i akutfunktioner. Ambulantly behandling kan foregå på ambulatorier, i distriktpsikiatri og i udgående teams. Indsatsen omfatter desuden patientrettet forebyggelse, undervisning af patienter og pårørende, rehabilitering af traumatiserede flygtninge, hospitalets faglige samarbejde med praktiserende læger og speciallæger i psykiatri, samt indsatsen, som ydes i praksissektoren.

Den kommunale indsats over for mennesker med sindslidelser omfatter:

Social omsorg og støtteordninger, rådgivning, økonomisk sikring af forsørgelsesgrundlag, ophold i midlertidige eller længerevarende botilbud, patient- og borgerrettet forebyggelse, beskæftigelse, uddannelse, fritidsaktiviteter mv. Den kommunale indsats omfatter endvidere behandling i forhold til misbrugsproblematikker.

Aftaler om anden arbejdsdeling mellem region og kommune kan aftales lokalt. Evt. aftaler vedlægges den lokale aftale mellem den enkelte kommune og regionen.

Rehabilitering er som udgangspunkt en fællesopgave for region og kommuner, og indgår som en integreret del af indsatsen i hospitalsvæsenet, og er et væsentligt element i den opfølgende kommunale indsats. Der skal derfor sikres koordinerede overgange mellem den kommunale og den regionale indsats. Se punkterne præcisering af arbejdsdeling mellem de involverede parter og udvikling af samarbejde og generelle retningslinier herom.

I relation til samarbejdspartnere skal det bemærkes, at for mennesker med sindslidelser, der er idømt en retslig foranstaltning, indgår også kriminalforsorgen med et ansvar for opgaveløsningen. Det er derfor et særligt indsatsområde, at samarbejdet mellem kommuner, region og kriminalforsorgen udbygges. Arbejdsgrupperne nævnt under punkterne præcisering af arbejdsdeling mellem de involverede parter og udvikling af samarbejde og generelle linier herom, vil inddrage dette i deres arbejde.

Præcisering af arbejdsdelingen mellem de involverede parter.

Den nuværende, specifikke arbejdsdeling mellem kommuner, regionen, praktiserende læger og andre relevante samarbejdsparter skal beskrives. Arbejdet med beskrivelsen påbegyndes primo 2007. Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner og regionen, der skal stå for en beskrivelse af de to parter roller (vedr. nedsættelse af arbejdsgrupper se under "Andet" sidst i denne aftale).

Arbejdsdelingen skal være beskrevet på målgrupper og i forhold til ansvarsfordelingen hvad angår:

- Indlæggelse
- Udredning og behandling
- Udskrivning
- Opfølgning på indlæggelse

Målgrupperne for beskrivelsen er:

- Mennesker med sindslidelser (børne- og unge, samt voksne og ældre)
- Mennesker med både udviklingshæmning (oligofreni) og sindslidelser
- Mennesker med dobbeltdiagnoser (sindslidelser og misbrug)
- Mennesker med sindslidelser, der er idømt en retslig foranstaltning

I beskrivelsen af målgrupperne inddrages evt. særlige problemstillinger, der gør sig gældende for mennesker med sindslidelser, der har en anden kulturel baggrund end dansk.

Mennesker med demens er ikke omfattet af aftalen om indsats overfor mennesker med sindslidelser, men vil blive håndteret særskilt.

På grund af forskellig organisering af indsatsen for dobbeltdiagnosticerede, beskrives arbejdsdelingen for denne målgruppe alene kort i den beskrivelse som ovennævnte arbejdsgruppe skal udarbejde. I stedet skal samarbejdet vedrørende dobbeltdiagnosticerede fremgå af den lokale aftale mellem den enkelte kommune og regionen i et selvstændigt bilag.

Beskrivelsen skal være fordelt på følgende instanser/ sektorer:

Praktiserende læger, speciallæger, kommune, regionen og kriminalforsorg.

For at sikre at parterne kan leve op til hinandens gensidige forventninger i forhold til, hvad der kan leveres af ydelser, skal der i beskrivelsen ske en forventningsafstemning i form af en beskrivelse af de muligheder og begrænsninger, der er i de enkelte sektors ydelser.

Aftalen om arbejdsdeling skal være godkendt af parterne senest 31. december 2007 og fuldt implementeret senest 1. marts 2008 gennem information til medarbejdere i kommuner og regionen.

Lokale aftaler vil fortsat kunne afvige fra den generelle beskrivelse.

Oversigt over relevante tilbud i regionen og kommunen

Der skal udformes et bilag til den lokale aftale, hvori samtlige regionale behandlings- og sociale tilbud, og kommunale sociale tilbud med relation til sundhedsaftalen

beskrives. Beskrivelsen skal omfatte: myndighedsansvar, målgruppe, tilbuddets indhold, åbningstider og tilgængelighed (akut/ikke akut), visiterings-/henvisningsprocedure, kontaktmåde inkl. mailadresser og telefonnumre. For så vidt angår de sociale tilbud, kan der evt. tages udgangspunkt i den indberetning der sker til Tilbudsportalen. I øvrigt bør oversigten koordineres og samordnes med både Tilbudsportalen og Rammeaftalen.

Fællesoversigten skal være tilgængelig for alle parter (praktiserende læge, kommuner og region) i regionen, hvilket f.eks. sikres gennem en fælles it-løsning eller på regionens hjemmeside.

Sikring af tilbud til alle relevante målgrupper

Hvis den enkelte kommune og regionen konstaterer, at der mangler relevante tilbud til mennesker med sindslidelser, skal parterne drøfte, hvordan man vil arbejde for en løsning heraf.

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.

Udvikling af samarbejde og generelle retningslinier herom

Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner og region, der skal beskrive fælles generelle retningslinier for samarbejdet mellem region og kommune (vedr. nedsættelse af arbejdsgrupper se under "Andet" sidst i denne aftale).

Beskrivelsen skal minimum omhandle:

- Samarbejdsrelationerne i regionen, hvor den enkelte kommune vil få en eller flere samarbejdspartnere indenfor praksissektoren og psykiatrivirksomheden.
- Metoder til den tidligst mulige inddragelse af relevante samarbejdsparter under indlæggelses- og udskrivningsforløbet, herunder ved benyttelse af kontaktpersoner, koordinatorordninger og udskrivningskonferencer.
- Hvordan og hvornår der kan ske inddragelse af den psykisk syge selv og pårørende.

For så vidt angår børn og unge, vil der være nogen, hvor der ikke er stillet en endelig psykiatrisk diagnose. Udfordringen er her, at der iværksættes en tværsektoriel indsats, med henblik på evt. at iværksætte de rette sociale foranstaltninger, samt at få stillet en diagnose, med henblik på evt. behandling. For børne- og ungeområdet vil andre sektorer/partner som udgangspunkt skulle inddrages i arbejdet, f.eks. skoler og dagsinstitutioner. Ovenstående skal særskilt beskrive, hvordan udfordringen på børne- og ungeområdet håndteres.

Udviklingsarbejdet skal være godkendt senest 31. december 2007 og implementeres i form af informationsmateriale til medarbejdere i kommuner og regionen.

Lokale aftaler vil fortsat kunne afvige fra de generelle retningslinier.

Kontaktpersoner

For at sikre sammenhæng i forløbet for borgeren udpeges en kontaktperson i begge sektorer i de tilfælde, hvor der er behov for en koordinerende indsats.

Kontaktpersonerne skal sørge for, at indsatsen overfor den enkelte er tilstrækkeligt koordineret, og at der for alle parter, herunder borgeren selv og dennes pårørende, er klarhed over, hvem der har ansvaret for at varetage koordineringen. Af den lokale aftale skal fremgå, hvordan man vil sikre ovenstående.

Koordinering af planer

I sager hvor der foreligger flere planer (behandlingsplaner, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og sociale handleplaner) skal kontaktpersonerne arbejde for, at disse er koordineret.

Mødefora

Der kan lokalt være behov for at etablere mødefora til koordinering af indsatsen for specielle målgrupper, f.eks. for mennesker med en sindslidelse, der er idømt en retslig foranstaltning. Evt. lokale mødefora beskrives og vedlægges den lokale aftale som bilag.

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.

Generelt om information

Både når en patient behandles ambulant, f.eks. på et distriktpsikiatrisk center, og når en patient er indlagt, skal såvel patienten, som de relevante aktører sikres de relevante informationer. Det samme gælder, når en patient er færdigbehandlet. Adgang til relevant information skal optimere indsatsen og sikre tryghed og dialog mellem patient og aktører.

Information af patienten

Under behandlingsforløbet skal kontaktpersonen sikre, at patienten løbende orienteres om sygdommen, behandlingsplanen og det videre forløb. Kontaktpersonen skal ligeledes sikre, at patienten får information om supplerende tilbud herunder fra frivillige hjælpeorganisationer, bruger- og pårørendeorganisationer m.fl.

Patienten skal ligeledes mundtligt og skriftligt informeres om, hvordan afdelingen og/eller andre relevante parter kan kontaktes, hvis der opstår spørgsmål efter endt behandling/ udskrivning.

Vurderingen af behovet for udveksling af information til myndigheder, pårørende mv. skal, når det er muligt, ske med inddragelse af patienten.

Information til pårørende

Med patientens samtykke inddrages de pårørende i forløbet og gives tilsvarende information. Undlader patienten at give samtykke, tilbydes de pårørende information om generelle forhold.

Information og inddragelse af kommunen

Vurderer personalet under det psykiatriske behandlingsforløb, at der kan være behov for tilbud i kommunalt regi under eller i forlængelse af behandlingen, skal personalet i samarbejde med patienten tidligst muligt kontakte kommunen. Det er overlægen, der har ansvaret for at kommunen i disse tilfælde hurtigst muligt informeres og inddrages.

En kommunal medarbejder skal, informere patienten om de kommunale tilbud og muligheder. Den kommunale kontaktperson inddrages derudover i arbejdet vedrørende evt. udarbejdelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner og deltager i udskrivningskonferencer (se bl.a. krav 4).

Det skal fremgå af den lokale aftale, hvordan ovennævnte sikres.

Information i forbindelse med udskrivning fra døgnbehandling og afslutning af ambulans behandling

Ved planlagte udskrivinger og afslutninger af ambulans behandling, skal personalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at patienten bliver udskrevet fra døgnbehandling/har afsluttet sin ambulante behandling. Er dette tilfældet, underrettes de relevante parter.

Ved akutte udskrivinger orienteres relevante parter hurtigst muligt efter udskrivningen.

Særligt om information i forbindelse med indlæggelse på en psykiatrisk afdeling

Ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling skal hospitalspersonalet vurdere, om der er myndigheder, der kan have behov for information om, at patienten er blevet indlagt. Er dette tilfældet, underrettes disse f.eks. kommune eller egen læge. Det gælder blandt andet, når der er børn i familien, og der vurderes at være behov for sociale tiltag i forhold til disse. En hurtig underretning af de kommunale myndigheder, i disse sager, skal sikre en effektiv kommunal opfølgning på indlæggelsen og i forbindelse med udskrivningen.

Ved planlagte indlæggelser skal kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten bidrage med relevante oplysninger om patientens situation.

Ved akutte indlæggelser indhentes relevante oplysninger fra kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten.

Modtager patienten et kommunalt tilbud ved indlæggelsen, skal kommunen orientere psykiatrisk center/afdeling og patienten, hvis der ændres ved dette tilbud under indlæggelsen eller i forbindelse med udskrivningen.

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.

Inddragelse af kommunen

Såfremt psykiatrisk afdeling formoder, at der er behov for at iværksætte en kommunal indsats for patienten efter udskrivning, skal afdelingen i samarbejde med patienten tidligst muligt i forløbet inddrage kommunen med henblik på at få lavet en tværsektoriel vurdering af patientens situation.

Kommunen har ansvaret for, at der efter behov iværksættes tiltag, som f.eks. sociale bo- og støttetilbud, beskæftigelse, hjælp i hjemmet eller andet.

I samarbejdet indgår eventuelt udarbejdelsen af en udskrivningsaftale/koordinationsplan efter psykiatriloven og en social handleplan for den videre indsats efter serviceloven. Disse koordineres så vidt muligt af de relevante kontaktpersoner.

I tilfælde, hvor der indgår øvrige aktører i forløbet, f.eks. distriktskykiatrien, praktiserende læge m.v., skal disse ligeledes inddrages i arbejdet med at planlægge det videre forløb for patienten.

Psykiatrisk afdeling har under behandlingen ansvaret for at tage initiativ til at etablere det tværsektorielle samarbejde ved at kontakte relevante parter.

I de lokale aftaler skal det præciseres, hvordan denne kontakt etableres og hvem, der skal kontaktes.

Under hele forløbet er det væsentligt at inddrage og informere patienten. Med patientens samtykke informeres de pårørende om, hvilke tiltag der iværksættes.

Forberedelse af udskrivning, herunder udskrivningskonferencer

Ved afslutning af ambulans behandling eller ved udskrivning efter indlæggelse på psykiatrisk afdeling skal afdelingen kontakte relevante parter med henblik på koordinering af den eventuelle opfølgende indsats.

Inden udskrivning fra psykiatrisk afdeling, bør der så vidt muligt afholdes en udskrivningskonference med deltagelse af relevante parter. Overlægen har ansvaret for at der planlægges og afholdes en udskrivningskonference. I forbindelse med udskrivningskonferencen kan det aftales, hvis patienten ønsker det, at en af parterne

hjælper patienten med at arrangere en tid hos patientens praktiserende læge eller behandlingsansvarlige læge i distriktspsykiatrien kort efter udskrivning.

Ligeledes tages der med patientens samtykke kontakt til de pårørende, med henblik på inddragelse af disse i udskrivningsfasen.

Varsling

Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra region og kommuner, der skal komme med forslag til en procedure for varsling af kommunen før planlagt udskrivning, såfremt der skal iværksættes en kommunal indsats efter udskrivningen.

Aftalen om procedure for varsling skal være godkendt af parterne senest 31. december 2007 og fuldt implementeret senest 1. marts 2008 gennem information til medarbejdere i kommuner og regionen (vedr. nedsættelse af arbejdsgrupper se under "Andet" sidst i denne aftale).

Uhensigtsmæssige genindlæggelser

For at hindre uhensigtsmæssige genindlæggelser skal parterne være opmærksomme på forløb, hvor der tegner sig et mønster af uhensigtsmæssige gentagne indlæggelser.

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til, hvordan ovennævnte forløb kan takles i de respektive sektorer for så vidt angår mennesker med sindslidelser (vedr. nedsættelse af arbejdsgrupper se under "Andet" sidst i denne aftale).

For så vidt angår den generelle forebyggelse af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser henvises til sundhedsaftale om indlæggelsesforløb.

Arbejdsgruppen kan i deres arbejde blandt andet inddrage konkrete patientforløb

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.

Børn i familier med psykisk sygdom

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

Tilsvarende er det vigtigt, ud fra et behandlingsperspektiv, at den psykiatriske behandling og støtte tager udgangspunkt i borgerens samlede situation. Herunder at den medinddrager forholdene omkring eventuelle børn, med henblik på at understøtte forældrerelationen og sikre hjælp og støtte til barnet, hvis der er behov herfor.

Indsatsen er rettet mod alle berørte børn i familien – dvs. børn i den "udvidede" familie: biologiske, samboende, tidligere samboende mv. børn/søskende, hvis det vurderes, at der er behov for indsats for disse.

Som udgangspunkt er alle involverede parter, på ethvert tidspunkt i forbindelse med indsatsen i forhold til mennesker med en sindslidelse, forpligtet til at:

- Undersøge om der er børn i familien
- Vurdere, om der er brug for en særlig indsats overfor disse børn
- Inden for lovgivningens rammer at foretage den nødvendige formidling af oplysninger til kommunen, når hjælp vurderes at være nødvendig.

Underretningspligt

Ifølge lov om social service § 153 stk.1 skal personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, underrette kommunen, hvis de under udøvelse af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte. Det vil sige, at såvel personalet i psykiatrisk afdeling (sengeafsnit og distriktpsikiatriske centre), praktiserende læge som personale i kommunens socialforvaltning, sociale tilbud, skoler mv. har en skærpet underretningspligt. Underretningspligten står altid over de almindelige regler om tavshedspligt for sundhedspersoner. Af hensyn til behandlingsalliancen med mennesket med en sindslidelse bør der dog i videst muligt omfang indhentes samtykke hertil, inden kommunen underrettes. Kommunen underrettes dog, uanset om det er muligt at indhente samtykke.

Behovsvurdering

Af den lokale aftale mellem regionen og den enkelte kommune skal det fremgå, hvordan regionen og den enkelte kommune sikrer, at der altid sker en vurdering af behovet for en indsats overfor det enkelte barn. Af aftalen skal fremgå, hvordan det sker og hvordan det tværsektorielle samarbejde er forankret, organiseret etc.

Beskrivelse af relevante tilbud

Af den lokale aftale mellem region og den enkelte kommune skal det af et bilag fremgå, hvilke tilbud og henvendelsesmuligheder, der er i regionen og kommunen. Hvor det konstateres, at der ikke er tilbud og henvendelsesmuligheder, skal parterne drøfte, hvordan man fremover vil arbejde for en løsning heraf.

Krav nr. 6

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

Koordinering i forhold til kapacitet

Det skal sikres, at der sker koordinerede drøftelser af behov, muligheder, opgaveløsninger m.v. mellem regionen og kommunen, for at sikre en effektiv planlægning og styring af kapaciteten og indsatsen. Det skal fremgå af den lokale aftale, hvordan dette sker.

Blandt andet ud fra oversigt over relevante tilbud i Regionen og kommunen (se krav 1) og Rammeaftalen, drøfter regionen og den enkelte kommunen løbende om der f.eks. er tilbud, som mangler til målgruppen. Det skal blandt andet drøftes, om det er muligt, at tilbyde det relevante tilbud inden for en kort tidshorisont, og om de er dækket ind for så vidt angår akuttilbud. Konstateres det, at der mangler tilbud til målgruppen, skal parterne drøfte, hvordan man vil arbejde for fremover at sikre en løsning heraf

Kommuner, der har overtaget amtskommunale socialpsykiatriske botilbud, forpligter sig, jf. Rammeaftalen til at lade disse indgå i den samlede løsning af planlægningen af kapaciteten af socialpsykiatriske botilbud i regionen.

Ventelister

Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner og region, der ser på, hvordan man kan opgøre ventelister til behandlingstilbud og sociale tilbud. Der skal i arbejdet tages højde for Rammeaftalen. Arbejdsgruppen skal komme med forslag til opgørelsesmetoden i løbet af 2007. Opgørelsesmetoden implementeres i de enkelte kommuner og Regionen i løbet af 2008. Når denne er fuld implementeret, skal den indgå aktivt i arbejdet med kapacitetstilpasninger på området (vedr. nedsættelse af arbejdsgrupper se under "Andet" sidst i denne aftale).

Krav nr. 7

Hvordan parterne følger op på aftalen.

Opfølgning på aftalen

Sundhedsaftalen gælder principielt 4 år. Da det er en 1. generationsaftale foretages der en generel opfølgning på aftalen i 1. kvartal 2008.

I den lokale sundhedsaftale skal fastlægges, hvordan og hvornår aftalen konkret følges op og evalueres.

Det anbefales, at der lokalt arrangeres løbende audits, hvor enkelte patientforløb – både gode og dårlige – drøftes igennem mellem kommune og hospital.

Andet. *(Bemærk: Denne rubrik er til kommunens og regionens interne brug. Rubrikken indgår ikke i Sundhedsstyrelsens web-skema, og indholdet vil derfor ikke blive vurderet af Sundhedsstyrelsen.)*

Følgende arbejdsgrupper nedsættes jf. ovennævnte:

1. Arbejdsgruppe, der skal præcisere arbejdsdelingen (krav 1)
2. Arbejdsgruppe, der skal beskrive generelle retningslinier (krav 2)
3. Arbejdsgruppe, der skal se på et fælleskoncept vedr. samtykke (krav 3)
4. Arbejdsgruppe, der skal se på varsling i forhold til udskrivning (krav 4)

5. Arbejdsgruppe, der skal se på uhensigtsmæssige genindlæggelser (krav 4)
6. Arbejdsgruppe, der skal se på opgørelsesmetoder i forhold til ventelister (krav 6)

Arbejdsgrupperne vedr. Kravene 1, 2, 4 og 4 vil blive nedsat som én fælles arbejdsgruppe. Arbejdsgruppen kommer til at hedde Arbejdsgruppen vedr. arbejdsdeling, samarbejde og varsling i forhold til mennesker med sindslidelser.

Arbejdsgrupperne vedr. 3 og 6 vil blive nedsat som 2 selvstændige arbejdsgrupper.

Kommissorium, inklusiv proces- og tidsplan for de 3 arbejdsgruppe, vil blive udarbejdet ultimo 2006.

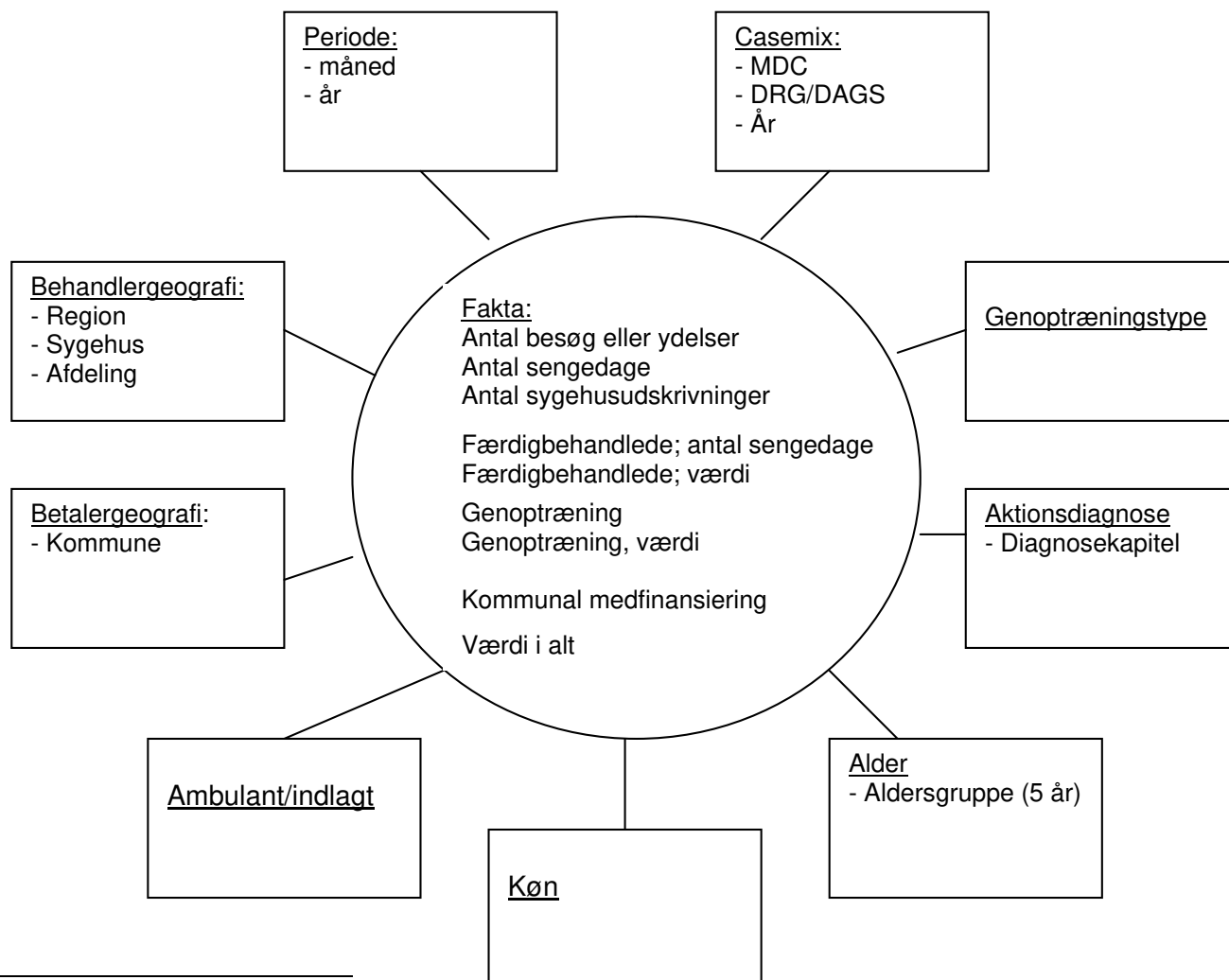
Bilag til den generelle del

Oversigt over regionale aktivitetsdata på sundhedsområdet, som bliver umiddelbart tilgængelige for kommunerne per 1. januar 2007.

Til formidling af information overfor regioner og kommuner har Sundhedsstyrelsen uarbejdet et informationssystem, der på et aggregeret niveau vil indeholde en lang række aktivitetsdata.¹

Herunder stilles et Targit-baseret analyseværktøj til rådighed for regioner og kommuner, hvor data (fakta og dimensioner) kan selekteres, tabuleres og krydstabuleres.

Regionen og kommunernes muligheder for at trække informationer på sygehusområdet er søgt illustreret i nedenstående figur.



¹ Den nuværende sundhedslovgivning giver generelt ikke mulighed for, at kommunerne kan få adgang til oplysninger om forbrug eller aktivitet på individ niveau. I forhold til ambulant genoptræning er det dog besluttet, at kommunerne skal have adgang til data på individ niveau.

I midten af ovenstående figur findes en oversigt over fakta, der er omfattet af systemet. Med fakta menes her data/oplysninger, som det er interessant at måle på. De firkantede kasser i figuren er eksempler på dimensioner (vinkler og aggregeringsniveauer), som det er muligt at anskue data ud fra.

Dimensionerne fungerer samtidig som filtre, hvor det er muligt at begrænse data, således at man fx ser på en bestemt kommune og analysere de 30-34-åriges andel af sengedage i en bestemt periode indenfor bestemte DRG-grupper.

Sygesikringsområdet

Der vil ligeledes via Sundhedsstyrelsens informationssystem være mulighed for belysning af data vedr. den kommunale medfinansiering på sygesikringsområdet. Her vil 'Antal ydelser', 'Bruttohonorar' og 'Kommunal medfinansiering' kunne analyseres indenfor dimensionerne 'Alder', 'Betalergeografi', 'Køn', 'Periode', 'Speciale' og 'Ydelser'.

Bilag til Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb

Ansvarsfordeling mellem kommuner, almen læger og hospital i forbindelse med indlæggelser.

	Kommunale ansvarsområder	Regionalt ansvarsområde	
		Almen læger	Hospital
Planlagt indlæggelse via egen læge	Sikrer at relevant og nødvendig information følger patienten, herunder evt. information om at patienten er tilmeldt ordningen om dosispakket medicin, hjemmehjælp, hjemmesygepleje.	Sikrer at relevant information følger patienten.	Sikrer at kommunen får relevant og nødvendig information om indlæggelsen, herunder skøn over forventet varighed.
Akutte indlæggelser via almen læge, vagtlæge eller skadestue	Sikrer at relevant information formidles ved henvendelse fra Hospital.	Sikrer at relevant information følger patienten	Sikrer kontakt til og relevant information fra almen praksis og fra kommunen.
Uhensigtsmæssige akutte indlæggelser	Kommunen evaluerer indlæggelsesforløb under 1 døgn med henblik på vurdering af kommunale tiltag, der sigter på at behandling kan foregå i eget hjem eller på en aflastningsplads.	Evaluerer indlæggelser under 1 døgn med henblik på behov i kommune eller på hospital, der kunne medføre, at behandlingen af patienten kunne varetages af almen praksis.	Evaluerer indlæggelser under 1 døgn med henblik på vurdering af tiltag i hospitalsregi, der kunne medføre, at indlæggelse var undgået, f.eks. akut ambulans tilbud.

Bilag til indsatsområde 3: Træningsområdet.

Forslag til fællesskabelon/ retningslinier vedrørende;

Aftale mellem xx Kommune og xx Hospital vedr. ikke- specialiserede ambulante genoptræningsydelser.

§ 1 Aftaleparter

XX Kommune og XX Hospital har med ikrafttræden per 1. januar 2007 indgået nærværende aftale.

§ 2 Aftalegrundlaget

Genoptræning efter sundhedsloven og socialloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale.

Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Opgaveansvaret for ambulante genoptræning i forlængelse af udskrivning fra hospital bliver per 1. januar 2007 delt mellem region og kommuner.

Regionerne skal tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat træning efter udskrivning fra hospital. Kommunerne overtager det fulde ansvar for ikke-specialiseret ambulante genoptræning, mens specialiseret ambulante genoptræning skal foregå i hospitalsregi. Kommunerne overtager endvidere finansieringsansvaret for al ambulante genoptræning.

Nærværende aftaler vedrører kun opgaver i relation til ambulante ikke-specialiserede genoptræningsforløb for borgere fra xx Kommune.

Aftalen er opbygget med udgangspunkt i forudsætningerne vedr. genoptræningsområdet jf. aftalen mellem xx (H:S. KA, FA) og XX Kommune om fordeling af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte i relation til genoptræningsområdet.

Regler om frit valg af genoptræningssted er fortsat gældende. Både regionen og kommunerne skal udarbejde informationsmateriale om borgernes frie valg af genoptræningstilbud.

§ 3 Aktivitet

I nedenstående skema angives ved afkrydsning, hvorvidt aftalen omfatter al ikke specialiseret genoptræning eller alene genoptræning inden for bestemte diagnosegrupper.

Aftalen omfatter:	
Aftalen mellem XX Kommune og XX Hospital omfatter alle borgere fra xx Kommune, der i forlængelse af en hospitalsudskrivning skal tilbydes ambulante genoptræning på ikke specialiseret niveau	
* Aftalen mellem xx Kommune og xx Hospital omfatter kun ikke-specialiseret genoptræning af borgere fra xx Kommune inden for specifikke diagnosegrupper. (Der udarbejdes et bilag xx, som beskriver de diagnoser, der er omfattet af aftalen).	

§ 3.1 Visitation

Henvi sning af borgere fra xx Kommune til ikke-specialiseret ambulante genoptræning på xx Hospital foretages ud fra princippet om uændret visitationspraksis jf. aktivitetsgrundlaget i Delingsaftalen fra marts 2006.

Beregningsgrundlaget vedr. forventet antal ambulante ikke-specialiserede genoptræningsforløb inden for de af aftalen omfattede diagnosegrupper vedlægges som bilag 1.

§ 3.1.1 Ressourceforbrug per genoptræningsforløb

Hospitalets leverance af genoptræningsydelser til patienter omfattet af nærværende aftale fastlægges med udgangspunkt i princippet om uændret serviceniveau.

Antal genoptræningsydelser, der tilbydes den enkelte patient, skal således svare det aktivitets- og serviceniveau, som hospitalet har beskrevet for pågældende diagnosegrupper ved overdragelse af personale til kommunerne – jf. Delingsaftalerne af xxx.

Opgørelser over standardordinationer for diagnosegruppe omfattet af aftalen vedlægges som bilag 2.

§ 4 Udfærdigelse af genoptræningsplan

Genoptræningsplanen udarbejdes efter gældende retningslinier og evt. lokale aftaler.

Herudover skal hospitalet anføre det forventede genoptræningsbehov opgjort i antal konsultationer.

§ 5 Kontaktpersoner

Hospitalet og Kommunen udpeger kontaktpersoner med kompetence og ansvar for koordineringen og kommunikationen i forbindelse med genoptræningsforløbet.

Der udarbejdes et særligt bilag med oplysninger om kontaktpersoner.

§ 6 Henvisning til genoptræning i hospitalsregi

Såfremt hospitalet vurderer, at en patient er omfattet af nærværende aftale, henvises borgeren til hospitalets fysioterapi og/eller ergoterapi. Genoptræningsplanen sendes samtidig – efter borgerens samtykke – til hjemkommunen og egen læge.

Hospitalet kontakter forud for iværksættelsen af genoptræningstilbuddet kommunen, hvis det vurderes, at patienten har behov for træning udover standardordinationen.

§ 7 Opfølgning

Efter endt genoptræningsforløb gennemfører hospitalet en faglig vurdering af patientens funktionsniveau. Vurderingen fremsendes – efter samtykke med patienten – til kommunen.

Hvis genoptræningsplanen ikke kan følges pga. forhold hos patienten, hospitalet – eller hvis patienten ikke opnår det forventede funktionsniveau som følge af træningen, tager hospitalet kontakt til kommunen med henblik på en eventuel justering af planen.

§ 8 Betaling

Hospitalets ydelser honoreres efter gældende DAGS-takster.

Afregningen mellem xx Hospital og xx Kommune foretages den 25. i hver måned og vedrører ydelser leveret i foregående kalendermåned.

§ 9 Transport

Såfremt der er behov for patientbefordring til og fra træning på hospitalet, skal dette bemærkes i genoptræningsplanen. Transport skal rekvireres af hospitalet hos kommunens normale leverandør. Afregningen sker mellem kommunen og leverandør.

§ 10 Tvister

Opstår der uenighed om spørgsmål af generel karakter, drøftes sagen på møder mellem hospitalsdirektionen og ledelsesrepræsentanter fra kommunen.

Uenighed, der vedrører håndtering af konkrete genoptræningsforløb, søges løst i drøftelser mellem hospitalets og kommunens kontaktperson.

§ 10.1 Leveringsgaranti

Der skal mellem xx Hospital og xx Kommune aftales en leveringsgaranti i form af konkrete servicemål for maksimal ventetid fra henvisning til påbegyndelse af træning.

Såfremt xx Hospital ikke kan overholde ventetidsgarantien, skal Hospitalet tilbyde patienten henvisning til anden leverandør. I tilfælde hvor borgeren accepterer tilbud om genoptræning hos anden leverandør, skal xx Hospital afholde udgiften til den eksterne leverandør. Efterfølgende afregnes patientens genoptræningsforløb på ordinære vilkår mellem xx Kommune og XX Hospital.

Ved manglende mulighed for at overholde servicemål for maksimal ventetid er det XX Hospitals ansvar at etablere kontakt til anden leverandør.

§ 11 Evaluering

Hospitalet fremsender hver måned en liste til kommunen over ambulante genoptræningspatienter, som har afsluttet genoptræningsforløb på hospitalet samt en prognose for det samlede forbrug for det indeværende kalenderår.

Der gennemføres som minimum efter 6 måneder en evaluering af aftalen.

Sammenhængen mellem denne aftale og sundhedsaftalerne mere generelt vurderes som led i evalueringen af sundhedsaftalerne i 1. kvartal 2008.

§ 12 Forlængelse og opsigelse af aftalen

Denne aftale træder i kraft pr. 1. januar 2007.

Aftalen kan opsiges af begge parter med seks måneders skriftligt varsel til udgangen af en kalendermåned.

Dato

Dato

På vegne af xx Kommune

På vegne af XX Hospital

Bilag til Indsatsområde 4: Hjælpemidler

Arbejdsdeling i forhold behandlingsredskaber, hjælpemidler, og træningsredskaber.

Bilaget beskriver myndighedsansvaret mellem region og kommuner i forhold til behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber og boligændringer.

Med myndighedsansvaret følger også nedenstående opgaver:

- Finansiering af hjælpemidlerne, boligændringerne, behandlingsredskaberne og træningsredskaberne
- Forsyningspligt
- Udførelse af boligændringer
- Afprøvning, tilpasning og indstilling
- Instruktion i brugen samt opfølgende rådgivning
- Vedligeholdelse og rengøring
- Distribution.

Arbejdsdeling i forhold behandlingsredskaber, hjælpemidler, og træningsredskaber.

Behandlingsredskaber

Afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af Regionen. Som behandlingsredskab, hvor udgiften afholdes af sygehusvæsenet anses apparatur og hjælpemidler, som patienten forsynes med som led i eller som fortsættelse af den behandling, der er påbegyndt på hospitalet. Formålet er enten at tilvejebringe yderligere forbedring af et resultat, der er opnået ved sygebehandlingen eller at forhindre forringelse af dette resultat (*Afgrænsningscirkulæret*).

- Hjælpemidler eller apparatur, som ordineres som led i behandling på hospital, og som i reglen anvendes under kontrol af hospitalet indtil tilstanden er stationær eller som udgør en betingelse for udskrivning fra hospital
- Hjælpemidler og apparatur som indopereres under indlæggelse
- Apparat, som ordineres af hospital og anskaffes til mere eller mindre permanent brug i hjemmet, men hvor patienten har fået undervisning i brugen på hospitalet eller under en vis kontrol af hospitalet.

Afgrænsningscirkulæret fra 1975 indeholder en ikke udtømmende liste over behandlingsredskaber, hvor udgiften afholdes af regionen.

Behandlingsredskaber	Ansvar/myndighed hospital/region	Ansvar/myndighed kommune
Afgrænsningscirkulæret A1, A2 og A3 samt gældende afgørelser	X	
Afgrænsningscirkulæret B		X
Afgrænsningscirkulæret C	X	
Behandlingsredskaber som ikke er et led i sygehusbehandling*	-	-

Noter til skema

* Behandlingsredskaber som ikke er led i en hospitalsbehandling

- Det kan være redskaber som borger selv ønsker eller som egen læge anbefaler. Der er ingen lovgivning på området.

Hjælpemidler

Afgrænsning mellem hjælpemidler til midlertidigt og varigt brug

- Midlertidige hjælpemidler kompenserer for en forbigående funktionsnedsættelse.
- Varige hjælpemidler bevilges ved en varigt nedsat funktionsevne.

Hjælpemidler	Ansvar/myndighed hospital/region	Ansvar/myndighed kommune
Hjælpemiddel varigt brug, borger i hjemmet		X
Hjælpemiddel varigt brug, efter behandling på hospital		X
Hjælpemidler midlertidigt brug, efter behandling på hospital	X	
Hjælpemidler midlertidigt brug, behandling skadestue	X	
Hjælpemidler midlertidige ventetid operation hospital*	X	
Hjælpemidler midlertidige ventetid operation privathospital med kaution*	X	
Hjælpemidler midlertidige ventetid operation privathospital uden kaution *	-	-
Hjælpemidler midlertidige efter behandling på privat hospital med kaution	X	
Hjælpemidler midlertidige efter behandling på privat hospital efter egen finansiering*	-	-
Hjælpemidler varige efter behandling på privat hospital		X
Hjælpemidler der er arbejdsredskaber for hjælpere i borgerens eget hjem*	-	-
Hjælpemidler / arbejdsredskaber, ved indlæggelse	X	

i eget hjem*		
--------------	--	--

Noter til skema

* Hjælpebidler, midlertidigt brug borger i hjemmet

- Der er ingen lovgivning på området

* Hjælpebidler midlertidige ventetid operation sygehus, og privathospital med kaution:

- Det er regionens ansvar, da behandlingen betragtes som påbegyndt, når borger er visiteret til operation. Denne tolkning bruges af en del af hospitalerne i regionen.

* Hjælpebidler midlertidige ventetid operation privathospital uden kaution:

- Det er et anliggende mellem privathospitalet og borgeren at fremskaffe hjælpebidler til midlertidigt brug. Der er dog usikkerhed om borgerens retsstilling i denne situation.

* Hjælpebidler midlertidige efter behandling på privathospital uden kaution:

- Det er et anliggende mellem privatklinikken og borgeren at fremskaffe hjælpebidler til midlertidigt brug. Der er dog usikkerhed om borgerens retsstilling i denne situation.

* Hjælpebidler der er arbejdsredskaber for hjælperne, i borgerens eget hjem:

- Ansvar følger arbejdsgiverforpligtelsen, dvs. det er arbejdsgiverens forpligtelse at forsyne eget personale med arbejdsredskaber, samt sørge for aftaler med private leverandører.
- Regionen har ansvaret for at sørge for hjælpebidler, der er arbejdsredskaber, inden for deres område dvs. på hospitalerne.
- Hvis der er tale om indlæggelse i eget hjem, vil der være behov for at få afklaret ansvarsfordelingen vedrørende arbejdsredskaber, da både kommune og region er involveret.

Træningsredskaber.

Træningsredskaber, midlertidigt brug	Ansvar/myndighed hospital/region	Ansvar/myndighed kommune
Genoptræning, specialiseret	X	
Genoptræning, almen *	X	
Træningsredskaber "egentræning" *	-	-

Noter til skema.

* Træningsredskaber, genoptræning, almen:

- Så længe afgrænsningscirkulæret gælder, ligger ansvaret i regionen, idet ansvaret for midlertidige hjælpebidler, med det gældende afgrænsningscirkulære, ligger i regionen. Begrebet træningshjælpebidler optræder ikke i hverken afgrænsningscirkulæret eller i Servicelovens hjælpebiddebestemmelser, men er et begreb bl.a. KL anvender i deres notat vedr. "Opmærksomhedspunkter vedr. sundhedsaftaler". Et træningscenter forventes indrettet med de nødvendige træningsredskaber, og udgiften ligger i kommunen, hvis der er tale om et kommunalt genoptræningstilbud. Det kan tænkes at en rollator anvendes på genoptræningsinstitutionen, men også hjemme, hvorfor det stadig må betragtes som et midlertidigt hjælpebidde.

* Træningsredskaber til "egen træning":

- Dette er ikke finansieret hverken i region eller kommune.

Boligændringer

Boligændringer	Ansvar/myndighed hospital/region	Ansvar/myndighed kommune
Boligændringer, midlertidige efter behandling på hospital*	-	-
Boligændringer, varige efter behandling på hospital		X
Boligændringer, varige efter behandling privat hospital		X
Boligændringer, midlertidige efter behandling på privat hospital*	-	-

Noter til skema

* Boligændringer, midlertidige efter behandling på hospital og privat hospital

- Der er ingen lovgivning på området. Bør afklares i forbindelse med indgåelse af aftaler.

Bilag til indsatsområde 5: Forebyggelse og sundhedsfremme.

Kommissorium for ”Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse”:

Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse refererer til den administrative styregruppe for sundhedsaftaler. Udviklingsforum har således ingen selvstændige beføjelser i forhold til den enkelte kommune eller til regionen.

Udviklingsforum afholder minimum fire møder årligt. Endvidere afholder de regionale og kommunale udvalgsmedlemmer formøder med repræsentanter for de regionale enheder og kommunerne minimum en gang årligt.

Udviklingsforum består af tolv medlemmer – seks regionale repræsentanter og seks kommunale repræsentanter.

De regionale repræsentanter består af:

- To repræsentanter for Koncern Plan og Udvikling
- To repræsentanter for regionens virksomheder
- To repræsentanter for almen praksis.

Udviklingsforum har overordnet til opgave at udvikle den praktiske arbejdsdeling på alle relevante områder af den patientrettede forebyggelse samt udarbejde forslag til retningslinier for den konkrete arbejdsdeling på de enkelte indsatsområder. Mere specifikt er opgaverne:

- At udvikle forslag til en praktisk og konkret arbejdsdeling på arbejdsdelingsmodellen til alle relevante områder af den patientrettede forebyggelse, samt medvirke til udarbejdelsen af retningslinier for den konkrete arbejdsdeling på de enkelte indsatsområder. Implementeringen sker ved de enkelte kommuners og regionens foranstaltning
- At fastlægge på hvilke fokusområder, der skal formuleres en konkret arbejdsdeling de enkelte år
- At sikre udarbejdelsen af forløbsprogrammer og evidensbaserede retningslinjer af høj kvalitet i samarbejde med regionens og kommunernes kvalitetsudviklingsfunktioner. Forløbsprogrammer og retningslinier skal åbne mulighed for, at den enkelte kommune fortsat kan inddrage andre hensyn i sin prioritering af indsatsen
- At drøfte, hvorvidt sammenhængen mellem de regionale og kommunale patientrettede forebyggelsestilbud fungerer hensigtsmæssigt, og om tilbudene har et højt kvalitetsniveau
- At klarlægge i hvilket omfang, der er behov for IT-løsninger og IT-værktøj for at sikre den organisatoriske og sundhedsfaglige sammenhæng mellem de regionale og de kommunale tilbud

- At drøfte retningslinjer for anvendelse af IT-værktøj og fremlægge ønsker hertil i de relevante fora
- At følge op på den faktiske arbejdsdeling mellem region og kommuner vedrørende den patientrettede forebyggelse med udgangspunkt i gradueringsmodellen.

Bilag til indsatsområde 6: Mennesker med sindslidelser.

Personforløb i forhold til mennesker med sindslidelser

Som det ser ud jf.sundhedsaftale om indsats i forhold til mennesker med sindslidelser

Før indlæggelse	Ved planlagte indlæggelser bidrager kommune og praktiserende læge med relevante oplysninger til psykiatrisk afdeling
Indlæggelse/ opstart på behandling i ambulant regi	<p>Ved akutte indlæggelser indhentes relevante oplysninger fra kommune og praktiserende læge i samarbejde med patienten.</p> <p>Udpegning af kontaktperson på psykiatrisk afdeling.</p> <p>Kontaktperson på psykiatrisk afdeling informerer patienten om sygdommen, behandlingsindsatsen og supplerende tilbud, herunder frivillige hjælpeorganisationer m.m. Patienten informeres ligeledes om, hvordan afdelingen/eller andre relevante parter kan kontaktes, hvis der opstår spørgsmål efter endt behandling/udskrivning.</p> <p>Behandlingsplan udarbejdes.</p> <p>Med patientens samtykke inddrages og informeres pårørende. Hvis der ikke foreligger samtykke, tilbydes de pårørende information om generelle forhold.</p> <p>Overlæge informerer kommunen tidligst muligt, hvis der konstateres behov for social opfølgning/indsats.</p> <p>Overlæge kontakter de sociale myndigheder, hvis der er børn i familien og der vurderes, at der er behov for sociale tiltag.</p> <p>Kommunen udpeger kontaktperson.</p> <p>Kommunal kontaktperson informerer patienten om sociale tilbud.</p> <p>Modtager patienten et kommunalt tilbud ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling, skal kommunen orientere psykiatrisk center/afdeling og patienten, hvis der ændres ved dette tilbud under indlæggelsen eller i forbindelse med udskrivningen.</p>
Udskrivning/ afslutning på ambulant behandling	<p>Varsling af kommunen om planlagt udskrivning/afslutning af ambulant behandling.</p> <p>Udskrivningskonference.</p> <p>Den kommunale kontaktperson inddrages i udarbejdelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner.</p>

	<p>I tilfælde hvor der indgår øvrige aktører i forløbet f.eks. praktiserende læge m.v. skal disse inddrages i planlægningen af det videre forløb.</p> <p>Ved akutte udskrivninger orienteres relevante parter hurtigst muligt efter udskrivningen.</p>
Opfølgning	<p>Evt. besøg hos egen læge.</p> <p>Evt. opfølgning i ambulans regi for de der har været indlagte.</p> <p>Evt. sociale tiltag og udarbejdelse af handleplan.</p> <p>Evt. kontaktperson i kommunalt regi.</p>