

12. november 2010

## **Tillægsaftale til sundhedsaftale for Region Hovedstaden aftalt mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden**

Sundhedsaftalen mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden gældende for perioden 2011 – 2014 består af den fælles grundaftale samt nærværende tillægsaftale. Tillægsaftalen angiver de udfyldninger, justeringer og supplerende frivillige aftaler, der er aftalt mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden.

Parterne er enige om at arbejde for realisering af sundhedsaftalens mål og intentioner inden for de økonomiske rammer, der fastlægges ved de årlige budgetvedtagelser.

Parterne er enige om, at det er en afgørende forudsætning, at almen praksis inddrages i realiseringen af sundhedsaftalens mål og intentioner. Den i grundaftalen beskrevne årlige udviklingsplan for de opgaver, der i fællesskab skal løses mellem almen praksis, kommuner og region, ses som et centralt redskab for den konkrete inddragelse af almen praksis.

### **1. Udfyldninger**

#### **1.1 Deltagelse i Samordningsudvalg**

Det fremgår af Grundaftalen, at der i 2011 gennemføres en evaluering af samordningsudvalgsstrukturen set i lyset af hospitals- og psykiatriplanen, opgavefordelingen mellem hospitalerne og udviklingen i retning af øget ambulant aktivitet. Evalueringen kan medføre ændring i samordningsudvalgsstrukturen og Københavns Kommunes repræsentation i konkrete samordningsudvalg.

##### **1.1.1 Somatik**

Begrundet i kommunens størrelse, opdelingen i bydele og forvaltningsstruktur, samt hospitalsstrukturen, er der nedsat et koordinerende samordningsudvalg med ledelsesrepræsentanter for Københavns Kommune, Amager Hospital, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet samt almen praksis og Koncern Plan og Udvikling. Det koordinerende samordningsudvalgs kommissorium og sammensætning fremgår af vedlagte bilag og udvalget vil blive kaldt ”Samordningsudvalg for Københavns Kommune”.

Endvidere er der oprettet lokale samordningsudvalg for hospitalerne. Københavns Kommuner er repræsenteret i samordningsudvalgene for Amager Hospital, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital og Hvidovre Hospital.

For at sikre samarbejde mellem Rigshospitalet og Københavns Kommune deltager en repræsentant fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens direktion 2 gange årligt i hospitalsdirektionens møder med centerdirektørerne.

### 1.1.2. Psykiatri

Der er etableret et fælles samordningsudvalg for psykiatrien og lokale samordningsudvalg, som følger optageområderne.

Københavns Kommune indgår i de lokale samordningsudvalg for Psykiatrisk Center Amager, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Psykiatrisk Center Hvidovre og Psykiatrisk Center København. Der etableres fra 1. januar 2011 et overordnet samordningsudvalg for voksenpsykiatrien i København, bestående af ledelsesrepræsentanter fra Københavns Kommunes Beskæftigelses- og Integrationsforvaltning, Sundheds- og Omsorgsforvaltning og Socialforvaltning samt ledelsesrepræsentanter fra de 4 voksenpsykiatriske centre og Region Hovedstadens Psykiatri.

Københavns Kommune indgår i det lokale samordningsudvalg for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg.

### 1.2 Forløbsprogrammer for KOL og Type 2 diabetes

Med grundaftalen er aftalt, at forløbsprogrammerne vedrørende KOL og Type 2 diabetes implementeres senest inden udgangen af aftaleperioden. Implementeringen indebærer som minimum opfyldelse af de minimumsstandarder, der fremgår af grundaftalen – jf. vedlagte bilag vedrørende minimumsstandarder for KOL og Type 2 diabetes.

Region Hovedstaden har med godkendelsen af forløbsprogrammerne for KOL og Type 2 diabetes forpligtet sig til at opfylde sin del af forløbsprogrammerne.

Københavns Kommune har udarbejdet forløbsbeskrivelser, der i 2010 er godkendt i det koordinerende samordningsudvalg, og har herigennem implementeret forløbsprogrammernes minimumsstandarder for KOL og Type 2-diabetes. For borgere fra lokalområderne Vanløse og Brønshøj/Husum vil forløbsprogrammerne blive implementeret medio 2011, når Sundhedshus Vanløse åbner. Hermed er tilbuddet om rehabilitering af kronisk sygdom bydækkende. Københavns Kommune har ikke planer om yderligere initiativer for borgere med KOL og Type 2-diabetes.

### 1.3 Implementering af øvrige forløbsprogrammer

#### ▪ *Forløbsprogram for Hjerte-karsygdomme*

Med grundaftalen er aftalt, at implementering af forløbsprogram for hjerte-karsygdomme, som er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012. Implementeringen indebærer som minimum opfyldelse af de minimumsstandarder, der er beskrevet i forløbsprogrammet.

Region Hovedstaden forpligter sig til at implementere sin del af forløbsprogrammet for hjerte-karsygdomme på hospitalerne. Ikrafttrædelse vil ske fra det tidspunkt hvor den første kommune i hospitalets optageområde er klar til implementering af forløbsprogrammet.

Københavns Kommune er klar til at implementere forløbsprogrammet, når det er endelig godkendt. Implementeringen vil ske ved udarbejdelse af forløbsbeskrivelse på samme måde som det er sket for øvrige forløbsprogrammer. Arbejdet forankres i det koordinerende samordningsudvalg. Når dette udvalg har godkendt forløbsbeskrivelsen vil den praktiske implementering ske.

- ***Forløbsprogram for demens***

Med grundaftalen er aftalt at implementering af forløbsprogram for demens, som er udviklet ved aftaleperiodens start, aftales inden udgangen af 2012. Implementeringen indebærer som minimum opfyldelse af de minimumstandarder, der er beskrevet i forløbsprogrammet.

Region Hovedstaden forpligter sig til at implementere sin del af forløbsprogrammet for demens på hospitalerne i 2012. Ikrafttrædelse kan herefter ske fra det tidspunkt hvor den første kommune i hospitalets optageområde er klar til implementering af forløbsprogrammet.

Københavns Kommune er klar til at implementere forløbsprogrammet, når det er endelig godkendt. Implementeringen vil ske ved udarbejdelse af forløbsbeskrivelse på samme måde som det er sket for øvrige forløbsprogrammer. Arbejdet forankres i det koordinerende samordningsudvalg. Når dette udvalg har godkendt forløbsbeskrivelsen vil den praktiske implementering ske.

- ***Forløbsprogram for muskel-skeletsygdomme***

Det er med grundaftalen aftalt at implementeringsplan for forløbsprogrammet for muskel-skelet sygdomme (patienter med lænde/ryglidelser) - der forventes færdigudviklet i løbet af 2011 og er klar til implementering i 2012- skal aftales senere.

Københavns Kommune er klar til at implementere forløbsprogrammet, når det er endelig godkendt. Implementeringen vil ske ved udarbejdelse af forløbsbeskrivelse på samme måde som det er sket for øvrige forløbsprogrammer. Arbejdet forankres i det koordinerende samordningsudvalg. Når dette udvalg har godkendt forløbsbeskrivelsen vil den praktiske implementering ske.

#### **1.4 Forebyggelse af genindlæggelser**

Københavns Kommune har særligt fokus på en styrket og tidlig indsats i forhold til forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser af den ældre medicinske patient.

Region Hovedstaden har i plan for den ældre medicinske patient beskrevet forskellige ordninger, der skal sikre overgangen mellem hospital og hjem med henblik på at forebygge genindlæggelser.

- **Følge hjem**, hvor patienten følges hjem af hospitalets personale
- **Ring hjem**, hvor hospitalets personale ringer hjem til borgeren efter udskrivelsen.
- **Følge op**, hvor egen læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på patienten i hjemmet. Implementering af denne ordning aftales med den enkelte kommune.

Den videre udvikling af følge hjem og følge op ordningerne skal fremover ses i sammenhæng, således at den videre tilrettelæggelse af ordningerne foregår inden for en samlet ramme.

Københavns Kommune og Region Hovedstaden er enige om, at ordningerne i aftaleperioden skal udvikles i fællesskab mellem Københavns Kommune og de hospitaler som kommunen samarbejder med.

Københavns kommune lægger vægt på, at ordningerne tilrettelægges og anvendes ens af alle hospitaler som kommunen samarbejder med. Region Hovedstaden anerkender kommunens ønske om ensartethed. Region

Hovedstaden har herudover fokus på at ensartetheden må udvikles med respekt for ønsker og behov i de andre kommuner, som hospitalerne også samarbejder med

Parterne er enige om,

- medicin er indsatsområde i alle følgeordninger.
- at der i det koordinerende samordningsudvalg sker en afklaring af målgrupper for de enkelte ordninger

Almen praksis deltagelse i følge-op ordning forudsætter indgåelse af § 2 aftale.

Parterne er enige om, at iværksættelse af fælles initiativer til forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser forankres i det koordinerende samordningsudvalg.

Københavns Kommune samarbejder med Bispebjerg om et projekt om opfølgende hjemmebesøg. I forhold til tidlig indsats samarbejder Københavns Kommune med Hvidovre Hospital og Bispebjerg Hospital om konkrete projekter se under punkt 1.6.

### **1.5 Samarbejde på hygiejneområdet**

Det fremgår af den generelle sundhedsaftale, at Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne.

Herudover fremgår det af den generelle sundhedsaftale, at der senest i 2012 skal indgås en samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og de enkelte kommuner i Regionen både i forhold til konkret infektionshygiejnisk rådgivning og i forhold til generel kompetenceudvikling på hygiejneområdet.

Kommunerne har ansvaret for opgaver i relation til almen hygiejne og smitsomme sygdomme i egne driftsområder (dag- og døgntilbud for børn, ældre og handikappede m.v. herunder hjemmeplejen og hjemmesygeplejen).

Tilsvarende har Regionerne ansvaret for hygiejneområdet i forhold til de regionale driftsområder.

Sundhedsstyrelsen anbefaler herudover, at regionerne yder generel rådgivning om hygiejne til kommunerne. Anbefalingen er indskrevet i den generelle sundhedsaftale for 2011 – 2014, idet det fremgår af aftalen, at Regionen yder generel vejledning om hygiejne til kommunerne. Som led i den generelle vejledning er parterne enige om, at relevante og opdaterede vejledninger publiceres på Region Hovedstadens hjemmeside.

Rækkevidden af den regionale rådgivningsforpligtelse konkretiseres i løbet af 1. halvår af 2011 og vil indgå som grundlag for de samarbejdsaftaler inden for hygiejneområdet, der skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i 2012. Indtil samarbejdsaftalen er indgået, afholdes fælles kvartalsvise møder mellem Hvidovre Hospital, mikrobiologisk afdeling og centrale nøglepersoner på hygiejneområdet fra Københavns Kommune.

Hospitalerne har en informationsforpligtigelse overfor kommunerne når der udskrives borgere, der har været behandlet for smitsom sygdom og hvor den videre behandling/opfølgning i kommunen fordrer særligt fokus på hygiejnehåndteringen.

### **1.6 Samarbejde om opfølgning på utilsigtede hændelser – patientsikkerhed ved sektorovergange**

Det er med grundaftalen aftalt, at der etableres en ramme, der lever op til sundhedslovgivningens krav for opfølgning på fejl og utilsigtede hændelser relateret til sektorovergange. I grundaftalen er endvidere aftalt, at der etableres et enstrengt system for sagsbehandling af tværsektorielle hændelser.

Den regionale enhed for patientsikkerhed varetager sagsbehandlingen af tværsektorielle utilsigtede hændelser på vegne af regionens virksomheder.

Københavns Kommune varetager selv sagsbehandlingen af tværsektorielle utilsigtede hændelser, som kommunen er part i. Der er aftalt følgende indgange til kommunen i forbindelse med behandlingen af tværsektorielle utilsigtede hændelser:

- sundhedspleje og børnetandpleje: Børne- og ungeforvaltningen, Sundhed og Tidlig indsats, Gyldenløvsgade 15, 1502 København V
- borgere med sindslidelser og handicap uanset alder: Socialforvaltningen, Mål- og rammekontoret for Handicap og Psykiatri., Mål- og rammekontoret for Handicap og Psykiatri, Bernstorffsgade 17, 1592 København V
- borgere med misbrug, hjemløshed eller andre sociale problemer uanset alder: Socialforvaltningen, Mål- og rammekontoret for Udsatte Grupper, Bernstorffsgade 17, 1592 København V
- hjemmesygepleje, genoptræning, forebyggelse og omsorgstandpleje: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Sundhedsstaben, Sjællandsgade 40, 2200 København N

Parterne er enige om, at der umiddelbart iværksættes analyser i relation til medicinområdet med henblik på at sikre overblik og det rette grundlag for medicinering.

### **1.7 Forskning og kvalitetsudvikling**

Københavns Kommune tilstræber i hele aftaleperioden i videst muligt omfang at deltage i forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter med kommunens samarbejdshospitaler. Det er af afgørende betydning for et succesfuldt samarbejde, at Københavns Kommune så tidligt som muligt inddrages i planlægningen af fælles projekter.

Det er mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden aftalt at nedenstående forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter konkretiseres nærmere af parterne i foråret 2011.

## **SOMATIK**

### **A. Fælles indsats for forskning på kræftområdet – samarbejde med Rigshospitalet.**

Københavns Kommunes Sundhedscenter for Kræftfrømte har i det daglige et tæt samarbejde med Rigshospitalet. Københavns Kommune ønsker, at der i samarbejde med Rigshospitalet arbejdes for i fællesskab at fremme forskning på kræftområdet, som understøtter det tværsektorielle sammenhængende forløb for patienter med kræft. Desuden indgår sundhedscentret i et konsortium med Rigshospitalet, Bispebjerg Hospital, UCSF og Københavns Universitet, der i fællesskab har søgt forskningsmidler til fælles at forske i kræft, rehabilitering og tilbagegang til arbejdsmarkedet. Forskningsprojektet vil understøtte følgende fokusområder:

- Udvikling af en organisatorisk model for den tværsektorielle kommunikation og samarbejde på patientniveau
- Fælles projekter vedrørende både behov for og effekt af rehabilitering, herunder kræftrehabiliteringssamtaler ved kræftsygdom
- Afklaring af om optimal behandling af andre samtidige kroniske sygdomme vil føre til et bedre udkomme ved rehabilitering og på sigt til forlænget overlevelse. Det er i flere forskningssammenhænge påvist, at komorbiditet fører til tidligere død ved kræftsygdom
- Udvikling af databaser til systematisk registrering af senfølger

Etablering af projektet afventer svar på ansøgninger om ekstern finansiering.

### **B. Borgere med risiko for at udvikle hjertesygdomme - samarbejde med Bispebjerg Hospital**

På hjerteafdelingen på Bispebjerg Hospital udskrives patienter, der har været indlagt til observation for hjertesygdom uden yderligere behandling såfremt diagnosen afkræftes. Det drejer sig primært om patienter med hypertension, hyperkolestæmi og overvægt/fedme. Disse mennesker er i højrisiko for at udvikle hjertesygdom, hvis ikke de aktivt ændrer livsstil.

Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune vil i fællesskab konkretisere rammerne omkring et forskningsprojekt, hvor effekten af, at disse borgere henvises til Københavns Kommunes forebyggelsescentre, undersøges. Projektet har til formål at vurdere effekt, evidens og tilrettelæggelse af indsatsen. Der skal skaffes finansiering til intervention (tilbud til borgerne) og forskningsmedarbejdere.

### **C. Organisatorisk forskningsprojekt – samarbejde med Amager Hospital**

Københavns Kommune og Amager Hospital vil i aftaleperioden etablere et samarbejde om sundhedstjenesteforskning med fokus på det organisatoriske samspil mellem kommune, hospital og almen praksis. Der tages udgangspunkt i Amager-modellen og organiseringen af indsatsen for borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Der skal skaffes finansiering til projektet.

### **D. Optimeret forløbsprogram for den ældre medicinske patient – samarbejde med Hvidovre Hospital**

Det overordnede formål er at forbedre patientforløbet for den ældre medicinske patient. Projektet skal udvikle og teste effekten af, et optimeret, forskningsbaseret behandlings-, pleje og rehabiliteringsforløb baseret på principperne fra de kirurgiske accelererede patientforløb.

Hvidovre Hospital og Københavns Kommune vil i projektet

- identificere problemområder i det traditionelle patientforløb
- fastslå anvendelighed - og teste effekten - af forskellige komponenter fra konceptet for accelererede, kirurgiske patientforløb på ældre medicinske patienter
- optimere genoptræningen efter udskrivelsen samt det tværsektorielle forløb

Et væsentligt produkt af dette projekt forventes at blive et sæt forskningsbaserede tværfaglige kliniske vejledninger, som vil systematisere indsatsen for de ældre medicinske patienter under indlæggelsen og i overgangen mellem hospital og kommune. Der er ansøgt om ekstern finansiering til projektet.

## PSYKIATRI

E. Forsknings samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune om forbedring af det psykiatriske behandlingstilbud Ringbo med vægt på beboernes helbred, livskvalitet, handlekraft og mestring. Se bilag 2.

F. Evaluerings samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune om den psykiatriske behandling af borgere med udviklingshæmning og/eller udviklingsforstyrrelser boende på botilbud i København.

## 2. Udviklingsprojekter

Københavns Kommune og Region Hovedstaden forpligter sig til i aftaleperioden løbende at inddrage hinanden i udviklingsprojekter, der påvirker tilrettelæggelsen af fælles patientforløb eller som påvirker vilkårene for arbejdstilrettelæggelsen på tværs af sektorer. Det er af afgørende betydning for et succesfuldt samarbejde, at parterne så tidligt som muligt inddrager hinanden i planlægningen af fælles projekter. Forslag om etablering af fælles projekter kan drøftes løbende gennem aftaleperioden.

Det er mellem Københavns Kommune og Region Hovedstaden aftalt at nedenstående udviklingsprojekter konkretiseres nærmere i foråret 2011.

## SOMATIK

### A. Tidlig indsats

Med sundhedsloven gennemgik sundhedsvæsnet et paradigmeskift, hvor Københavns Kommune med en række nye sundhedsopgaver i dag indgår som en stadig tættere integreret del af sundhedsvæsnet i hovedstaden. Den stadige specialisering og accelerering af hospitalernes opgaveløsning nødvendiggør udviklingen af nye tilbud, der kan bygge bro mellem hospital og egen bolig, jf. bilag 3.

Bevægelsen i sekundær sektor understøttes af de kommende sygehusinvesteringer som åbner mulighed for anvendelse af nye velfærdsteknologier. Teknologier som giver mulighed for behandling i eget hjem, endnu kortere indlæggelsestider, samt en øget ambulant aktivitet. Samtidig nødvendiggør en ændret klinisk grundstruktur og reorganisering i forbindelse med nye Fælles Akut Modtagelser at udviklingen af fremtidens samarbejdsmodeller mellem hospital og kommune påbegyndes nu.

#### *Intermediate care*

Udviklingen af nye tilbud i grænserne mellem hospital og hjem kan samles under betegnelsen *intermediate care*. Parterne er enige om, at der er behov for at konsolidere udviklingen gennem nye samarbejdsmodeller, der øger det lægefaglige samspil med de kommunale tilbud og som åbner mulighed for at hospitalerne kan understøtte kommunale indsatser gennem:

- træk på specialiserede ydelser, fx i form af **geriatrik tilsyn** til bl.a. akutplejeenhed
- tydeliggørelse af adgangen til **subakutte tider** på hospital
- understøttelse af kommunal varetagelse af specialiserede sygeplejerskeopgaver i eget hjem, fx **IV-behandling**

Endvidere er parterne enige om, at der i samarbejdet og dialogen med almen praksis sættes fokus på tidlig indsats og forebyggelse af indlæggelser, fx gennem anvendelsen af subakutte tider og kommunale tilbud. Der er særligt fokus på dehydrering, pneumoni og fald.

### *Projekter*

I foråret 2011 konkretiseres følgende projekter:

- Udvikling af **tværsektoriel udskrivningsenhed** (Bispebjerg Hospital)
- Udvikling af **model for øget lægefagligt samspil og brug af subakutte tider** fra læger i primær sektor ved tidlig indsats (Hvidovre Hospital)
- Analyse og effekt af **adgang til subakutte tider** på reumatologisk afdeling (Frederiksberg Hospital).
- **Udgående sygeplejerske** fra Akutmodtagelsen (Amager Hospital)

### *Organisation*

For at sikre den nødvendige fremdrift og fortsatte udvikling i projekterne etableres projektstyrergrupper med deltagelse på direktionniveau omkring de enkelte projekter. I forhold til projektet vedr. etablering af tværsektoriel udskrivningsenhed etableres en styregruppe med deltagelse af koncern direktionen i Region Hovedstaden, direktionen Bispebjerg Hospital og direktionen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Det overordnede samarbejde om tidlig indsats og forebyggelse af (gen)indlæggelser forankres i det koordinerende samordningsudvalg.

## **B. Telemedicin**

Københavns Kommune har fokus på teknologi- og telemedicinske løsninger særligt i forhold til anvendelse i indsatsen vedr. kronisk sygdom og den ældre medicinske patient. Formålet med anvendelse af teknologi og telemedicinske løsninger er, at

- Understøtte behandling og pleje
- Styrke borgerens mulighed for at varetage egenomsorg.
- Understøtte hurtigere diagnosticering og behandling og dermed øge muligheder for en tidlig indsats og forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelse.
- Understøtte et sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Københavns Kommune har aktuelt fokus på 3 områder: KOL patienter, type 2 diabetes og patienter med sår.

Københavns Kommune og **Frederiksberg Hospital, Amager Hospital og Bispebjerg Hospital** ønsker at afprøve teknologi og telemedicinske løsninger i indsatsen omkring kronisk sygdom.

**Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital** ønsker at styrke det allerede eksisterende samarbejde omkring borgere i hjemmeplejen med komplicerede sår.

Københavns Kommune og Region Hovedstaden er enige om at om, at der arbejdes på at udvikles en generisk model for telemedicin.



### C. Medicinområdet

I sundhedsaftalen indgår, at der i 2011 skal udarbejdes en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdsmodel på medicinområdet mellem hospitaler, psykiatriske centre, kommuner, almen praksis og apoteker med fokus på at sikre opdateret og korrekt information om borgerens receptpligtige medicinering. Samarbejdsmodellen skal være med til at sikre en hensigtsmæssig overgang til implementering af Det Fælles Medicinkort (FMK).

Kommunikations- og samarbejdsmodellen på medicinområdet vedrører både indlæggelser, udskrivinger og ambulante besøg.

Korrekte og ajourførte medicinoplysninger fra kommune og almen praksis ved indlæggelsen har betydning for kvaliteten af medicinoplysningerne ved udskrivelsen. Tilsvarende skal der sikres formidling af medicinoplysninger fra hospitalerne til såvel borger, som kommune og almen praksis.

Parterne er enige om, at medicin indgår i alle følgeordninger med sigte på, at der ved udskrivning foreligger korrekte, fyldestgørende og ajourførte medicinoplysninger. I hospitalernes følgeordninger indgår, at det sikres at praktiserende læge og hjemmepleje får en fuldstændig og korrekt medicinliste.

Parterne er enige om, at undersøge om der kan foretages en målrettet indsats i forhold til personer, hvor det vurderes, at der er en særlig risiko forbundet med bestemte præparater eller præparatkombinationer.

En undersøgelse af medicinbehandling i hjemmesygeplejen i Københavns Kommune har skærpet opmærksomheden på de tværsektorielle udfordringer på medicinområdet. På den baggrund er Københavns Kommune og Region Hovedstaden enige om, at der i foråret 2011 gennemføres en kerneårsagsanalyse af de tværsektorielle fejl på medicinområdet.

Kerneårsagsanalysen skal være handlingsanvisende for aktørerne i sundhedstrekanten i perioden frem til implementeringen af den tværsektorielle kommunikations- og samarbejdsmodel.

Parterne har herudover aftalt, at Københavns Kommune sammen med hospitalerne og almen praksis snarest konkretiserer velafgrænsede pilotprojekter om medicinoplysninger og kommunikation heraf i hele sundhedstrekanten til gennemførelse i løbet af de første fire måneder af 2011.

Erfaringerne heraf drøftes i det koordinerende samordningsudvalg med henblik på evt. bredere implementering.

### D. Sammenhængende forløb for kræftpatienter

I overensstemmelse med nationale overvejelser på kræftområdet er det aftalt,

- at Københavns Kommune og Region Hovedstaden vil fremme udarbejdelse af tværsektorielle sammenhængende forløbsbeskrivelser for kræftpatienter med et stort og sammensat rehabiliteringsbehov. Målet er en klar anvisning af opgavefordelingen.
- at Københavns Kommune og Region Hovedstaden etablerer en entydig og effektiv kommunikationsvej mellem de to sektorer.

Der er aftalt konkret samarbejde mellem Rigshospitalet og Københavns Kommune om bl.a.,

- at etablere tværsektorielle viden- og erfaringsudvekslingsmøder hvert ½ år med deltagelse af Sundhedscenter for Kræfttramte (SfK) og Rigshospitalets styregruppe for kræftrehabilitering,
- at skabe mulighed for efteruddannelse af sundhedscentrets personale, så de er opdaterede angående moderne kræftbehandling, bivirkninger og senfølger.
- at øge kvaliteten af det samlede patientarbejde gennem tværsektorielle konferencer mellem SfK og regionens hospitaler om komplekse patienter.
- at medarbejdere gensidigt og uden honorering leverer fagspecifik undervisning til hinanden

### **E. Data vedr. færdigbehandlede patienter**

På baggrund af de hidtidige erfaringer oplever kommunen, at der kan være behov for bedre datagrundlag for antallet af færdigbehandlede og aftaler om korrektioner i data.

For at forbedre kvaliteten af data ønsker Københavns Kommune, at det bliver muligt at få disse oplysninger automatisk, så de bliver genereret fra systemet, så medarbejderne på hospitalerne ikke skal fremstille dem manuelt.

Der er enighed om, at hospitalerne arbejder på at finde elektroniske løsninger, der tilgodeser dette ønske

Indtil der er fundet en fælles elektronisk løsning er der enighed om,

- at hospitalerne to gange om ugen (tirsdag og fredag) leverer lister over de færdigbehandlede til Københavns Kommune
- at Københavns Kommune en gang om ugen modtager lister over patienter, der har været færdigmeldt, men hvor behandlingen er genoptaget
- at hospitalerne kvitterer for de rettelser der er foretaget i hospitalets databaser, som følge af dialog om færdigbehandlingslisterne.

Der var endvidere enighed om at der i aftaleperioden skal findes en form hvorunder Københavns Kommune løbende kan blive orienteret om færdigbehandlede patienter på det psykiatriske område.

### **F. Palliation**

Københavns Kommune ønsker, at der i den kommende aftaleperiode bliver sat fokus opgavefordelingen for palliation og foreslår, at der igangsættes et arbejde med udvikling af en form for forløbsprogrammer, der beskriver, hvem der gør hvad. Der er endvidere brug for, at der sker en nærmere afgrænsning mellem palliation og rehabilitering - særligt på kræftområdet.

Parterne er enige om, at der i aftaleperioden skal sættes fokus på palliation, dels i relation til anbefalingerne i den kommende kræftplan, dels i relation til udviklingsprojekt beskrevet i grundaftalen.

### **G. Social ulighed i sundhed**

Københavns Kommune har fokus på social ulighed i sundhed og det er også politisk prioriteret i regionen. Det er drøftet med **Bispebjerg Hospital**, at der med baggrund i den nye sundhedsprofil drøftes om der kan etableres et tættere samarbejde gennem en styrket målrettet indsats mod socialt udsatte borgere med type 2 diabetes, KOL og iskæmiske hjertesygdomme og hjertesvigt.

Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital er enige om at forankre samarbejdet i det lokale samordningsudvalg for Bispebjerg Hospital.

### **H. Udviklingsprojekt for overvægtige**

Københavns Kommune har aftalt at indlede et samarbejde med Hvidovre Hospital med fokus på børn i alderen 2-5 år med BMI over 90-percentilen, samt deres familier. Projektet har til formål:

- At reducere overvægt hos børn inden de når skolealderen
- At implementere sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende aktiviteter for overvægtige og svært overvægtige børn, og deres familier.
- At udvikle metoder til videndeling, vejledning og læring i forhold til at mestre egen livssituation.

Projektets omdrejningspunkt er den dynamik, som det tværsektorielle samarbejde, hvor også almen praksis inddrages, kan skabe. Indenfor hver af de tre sektorer etableres ankerpersoner i forhold til projektet.

Der ansøges om ekstern finansiering.

## **PSYKIATRI**

**H.** Forpligtende og sammenhængende samarbejde om borgere med svære sindslidelser og komplekse sociale problemstillinger. Der henvises til bilag 4.

**I.** Udredning og behandling af voksne misbrugere og hjemløse med ikke psykotiske psykiatriske lidelser, herunder ADHD

Det er aftalt, at Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri igangsætter et udviklingsprojekt, som har til formål at forbedre samarbejdet mellem kommune, almen praksis og psykiatrien i forhold til udredning og behandling af ikke-psykotiske psykiatriske lidelser blandt hjemløse og aktive misbrugere i kommunen.

**J.** Etablering af midlertidige og tværfaglige boformer til stabilisering af svært psykotiske borgere (halfway houses)

Det er aftalt, at Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri undersøger behovet og mulighederne for at udvikle en midlertidig og tværfaglig boform til stabilisering af svært psykotiske borgere for at undgå genindlæggelser. Det aftales, derfor at mulighederne for dette, herunder lovgivningsmæssige udfordringer, undersøges.

### **K. optimering af udskrivningsforløb for voksne med sindslidelse i København**

Det er aftalt, at Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri i 2011 sætter fokus på at optimere udskrivningsforløbene for

1. borgere med behov for en koordineret indsats fra flere af kommunens forvaltninger
2. færdigbehandlede patienter som skal udskrives til socialpsykiatriske botilbud.

### **3. Konfliktløsning**

Det er aftalt, at der til brug for løsning af uenigheder om fortolkning og efterlevelse af denne sundhedsaftale skal være en entydig indgang i kommune og region i de tilfælde, **hvor** løsning ikke er mulig i det lokale direkte samarbejde, i det lokale Samordningsudvalg eller i det koordinerende samordningsudvalg.

Indgangen i Københavns Kommune er:

Sundheds- og omsorgsforvaltningen: Sundhedschefen

Socialforvaltningen, Kontorchef for Mål- og Rammekontoret for Handicap og Psykiatri, Socialforvaltningen

Indgangen i Region Hovedstaden er: Chefen for enheden for kommunesamarbejde, Koncern Plan og Udvikling.

### **Godkendt:**

Københavns Kommune, den

Region Hovedstaden, regionsrådet, den:

## Bilagsdel

### Bilag 1: Minimumstander i forløbsprogrammerne for KOL og Diabetes.

#### Minimumsstandarder for KOL og Type 2 diabetes

	Kommune	Hospital	Almen praksis
Diagnosticering og stratificering		A	A
Medicinsk behandling		A	A
<b>Standardiseret sammenhængende rehabiliteringsprogram</b> Indeholder som udgangspunkt alle elementer i det enkeltstående tilbud	A	A	
<b>Enkeltstående tilbud:</b>			
▪ Rygeafvænning	A	A	B
▪ Sygdomsspecifik patientuddannelse	A	A	
▪ Generel patientuddannelse	B		
▪ Fysisk træning <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Standardiseret træningsprogram</li> </ul>	A	A	
▪ Fysisk træning <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ikke standardiseret træningsprogram</li> </ul>	B		
▪ Vejledning i forhold til daglige aktiviteter (kun KOL)	B	B	B
▪ Diætbehandling (kun diabetes type 2)	A	A	A
▪ Ernæringsvejledning (kun KOL)	B	B	B
▪ Psykosocial støtte	B	B	B
Opfølgning på patienter		A	A

I ovenstående skema angiver bogstavet A de sundhedsfaglige tilbud, der skal leveres inden for minimumsstandarderne. Ydelser markeret med bogstavet B omfatter tilbud udover minimumsstandarderne som regionen og den enkelte kommune kan vælge at forligte sig på.

Bilag 2

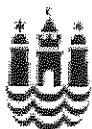
# Ringbo projek- tet



Et bocenter i  
KØBENHAVNS KOMMUNE



Psykiatri



Psykiatri

## Hvad?

Ringbo-projektet er et 4-årigt samarbejdsprojekt mellem Socialforvaltningen, Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri, som har til formål at forbedre det psykiatriske behandlingstilbud. Beboerens helbred, livskvalitet samt handlekraft og mestring er centrale ledetråde i projektet.

## Hvorfor?

Ringbo-projektet udspringer af talrige undersøgelser, der peger på et stigende behov for at udvikle den psykiatriske behandling af beboere på socialpsykiatriske botilbud, hvor særligt den medicinske behandling er i fokus.

## Hvordan?

Projektet har seks delmål med seks delprojekter, som skal understøtte det overordnede formål: At gøre det psykiatriske behandlingstilbud for beboerne på Ringbo bedre.

### 1.1 Delprojekter

1. At optimere den medicinske behandling gennem en bedre behandlingsplan, medindflydelse samt vidensdeling med beboeren
2. At opnå en fælles medicinkultur, som skal sikre, at beboeren oplever en sammenhæng i behandlingen
3. At optimere medicin håndteringen ved at øge sikkerheden i den omgang med medicinen, som personalet varetager, så man f.eks. undgår fejlmedicinering
4. At optimere konsulentfunktionen og sikre at beboerne får samme tilbud som alle andre borgere med en psykisk sygdom
5. At undervise beboerne ved programmet *Illness Management and Recovery*, en metode til at styrke beboernes handlekraft og muligheder for mestring
6. At øge muligheden for selvforvaltning og dermed styrke beboerens mulighed for indflydelse i relation til medicin ved anvendelse af principperne i *Shared Decision Making*

Evaluering foretages ved for og - efterundersøgelse med henblik på at kunne vurdere effekten af interventionerne.

Projektet tager udgangspunkt i Københavns Kommunes værdier for socialpsykiatriske bcentre og Region Hovedstadens værdigrundlag for psykiatrien.

## Hvem?

Deltagerne i projektet er Ringbos beboere, Ringbos personale samt personale fra afsnit 1 og skadestuen på Psykiatrisk Center Ballerup, der modtager beboere fra Ringbo, når de har behov for indlæggelse samt Distriktpsikiatrisk Center Gladsaxe-Furesø.

## Hvor?

Ringbo-projektet foregår på Ringbo, afsnit 1 og på skadestuen Psykiatrisk Center Ballerup samt i Distriktpsikiatrisk Center Gladsaxe-Furesø.

## Hvornår?

Projektet er 4-årigt og strækker sig fra november 2009 til 31. oktober 2013. Resultater vil løbende blive formidlet ud i forskellige sammenhænge i tidsperioden.

En afsluttende rapport vil ligge klar den 31. august 2013.





### Bilag 3 - Tidlig indsats

12. november 2010

Med sundhedsloven gennemgik sundhedsvæsnen et paradigmeskift, hvor Københavns Kommune med en række nye sundhedsopgaver i dag indgår som en stadig tættere integreret del af sundhedsvæsnen i hovedstaden. Opgavesættet i Københavns Kommune påvirkes til stadighed af, at hospitalerne udvikler sig i retning mod en mere specialiseret og effektiv opgaveløsning, hvor bl.a. en stadig kortere indlæggelsestid giver andre trænings-, rehabiliterings- og sygeplejefaglige opgaver i kommunen.

Sagsnr.  
2010-75793

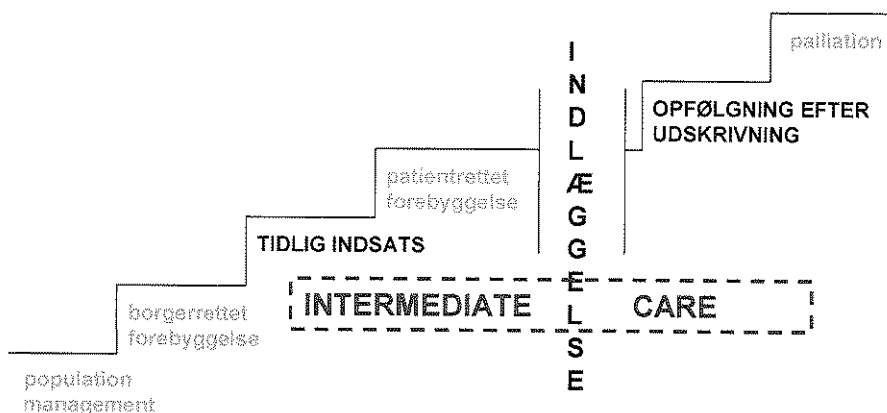
Dokumentnr.  
2010-695653

Udviklingen i hospitalernes opgavesæt har skabt en potentiel kløft, der nødvendiggør udviklingen af nye tilbud, der kan bygge bro mellem hospital og den kommunale indsats til hjemmeboende – jf. den engelske terminologi *bridging the gap between hospital and home*.

Bevægelsen i sekundær sektor understøttes af de kommende sygehusinvesteringer som åbner mulighed for anvendelse af nye velfærdsteknologier. Teknologier som giver mulighed for behandling i eget hjem, endnu kortere indlæggelsestider, samt en øget ambulant aktivitet.

Denne udvikling fordrer et meget tæt samarbejde mellem kommune, praksis og hospitaler for derigennem, at sikre kvaliteten i de tværgående forløb for borgere og patienter. Samtidig nødvendiggør en ændret klinisk grundstruktur og reorganisering i forbindelse med nye Fælles Akut Modtagelser at udviklingen af fremtidens samarbejdsmodeller mellem hospital og kommune påbegyndes nu.

Figur 1. Nye tilbud mellem hospital og hjem



Udviklingen af nye tilbud i grænserne mellem hospital og kommunale tilbud til hjemmeboende kan samles under betegnelsen *intermediate care* og skal via en gradueret indsats sikre, at borgerens behov altid bliver mødt med det rette kompetenceniveau også i den akutte fase, jf. figur 1.

Undersøgelser viser samtidig, at såvel private som offentlige virksomheder og sektorer, tænker og planlægger organisationsstruktur ud fra et internt fokus. Et fokus som ikke nødvendigvis understøtter en effektiv anvendelse af de samlede ressourcer i den offentlige sektor.

Københavns Kommune og kommunens samarbejdshospitaler ønsker derfor i fællesskab at indgå i et strategisk samarbejde omkring udvikling af fremtidige organisationsdesign som understøtter de tværsektorielle forløb for borgere og patienter.

#### *Øget lægefagligt samspil*

Parterne er enige om, at der er behov for at konsolidere udviklingen gennem nye samarbejdsmodeller, der øger det lægefaglige samspil med de kommunale tilbud og som åbner mulighed for at hospitalerne kan understøtte kommunale indsatser gennem:

- træk på specialiserede ydelser, fx i form af **geriatrik tilsyn** til bl.a. akutplejeenhed
- tydeliggørelse af adgangen til **subakutte tider** på hospital
- understøttelse af kommunal varetagelse af specialiserede sygeplejerskeopgaver i eget hjem fx **IV-behandling**

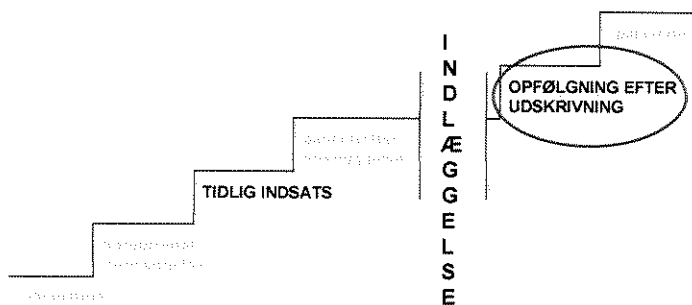
#### **Aftalte projekter**

Københavns Kommune og regionen har aftalt at nedenstående projekter konkretiseres i foråret 2011.

#### **Tværsektoriel udskrivningsenhed (Bispebjerg Hospital)**

Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital har i fællesskab aftalt at afprøve et projekt for en fælles kommunal/regional-udskrivningsenhed med henblik på forebyggelse af genindlæggelser af den sårbare ældre medicinske patient. Indsatsen placerer sig i kategorien 'opfølgning efter udskrivning' jf. figur 2. Indsatsen understøttes af et hurtigere flow i det samlede sundhedsvæsen.

*Figur 2: Opfølgning efter udskrivning*



Det er aftalt at udvikle rammer for en model for en tværsektoriel udskrivningsenhed lokaliseret på Bispebjerg Hospital hvor:

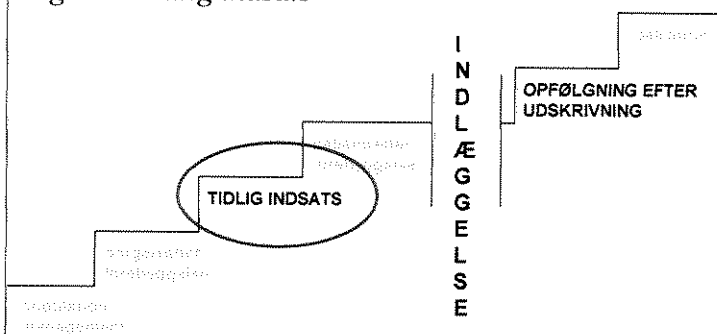
- Sygepleje leveres af kommunen
- Bispebjerg Hospital leverer den lægelige supportfunktion
- Der aftales sammenhæng til følge-hjem/følge-op-ordninger
- Der åbnes for adgang til sub-akut ambulant vurdering
- Der arbejdes med udnyttelse af sundhedslovens muligheder for samfinansiering (sundhedslovens § 239 og § 240). Der udarbejdes en business case for projektet. Projektets erfaringer skal ses som afsæt for udfoldelsen af analyseprojektet om anvendelses-området for samfinansiering i grundaftalen.

### Øget lægefagligt samspil ved tidlig indsats (Hvidovre Hospital)

Københavns Kommune har oprettet en akutplejeenhed med 48 pladser på Vigerslev i Valby. Målet er ved en tidlig indsats at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Både af hensyn til borgeren og af hensyn til den samlede ressourceudnyttelse i sundhedsvæsnet.

På akutplejeenheden har Københavns Kommune samlet en række sygeplejerskekompetencer på et sted. I samarbejde med Hvidovre Hospital etableres en samarbejdsmodel om lægelig specialist hjælp til akutplejeenheden. Indsatsen placerer sig i kategorien 'tidlig indsats' jf. figur 3.

Figur 3: Tidlig indsats



Det er aftalt at udvikle rammer for en model for en tværsektorielt samarbejde om tidlig indsats via en kommunal indsats hvor:

- Sygepleje leveres af kommunen
- Hvidovre Hospital indgår i den lægelige supportfunktion, bl.a. ifht. IV-behandling
- Der aftales rammer for samarbejdet med egen læge
- Vagtlægens rolle afklares

Analyse og effekt af **adgang til subakutte tider** på reumatologisk afdeling (Frederiksberg Hospital).

Som led i den generelle afklaringen og udviklingen i adgangen til subakutte tider igangsættes et konkret analysearbejde af effekten af adgang til subakutte tider på reumatologisk afdeling.

## Udgående sygeplejerske fra Akutmodtagelsen (Amager Hospital)

### Tilrettelæggelsen af projekterne

I den konkrete tilrettelæggelse af projekterne fokuseres bl.a. på:

- A. Det lægefaglige samspil med kommunale aktører, herunder samarbejdet med almen praksis
- B. Målgruppe/stratificering
- C. Medicin
- D. Indsats ifht. 8 diagnoser
  - Urinvejsinfektion
  - Lungebetændelse
  - Brud (mange typer af brud efter fald er interessante)
  - Forstoppelse (obstipation)
  - Dehydrering
  - Mave-tarm-infektion (gastroenteritis)
  - Tryksår
  - Ernæringsbetinget blodmangel (anæmi)
- F. LEON-princippet (der udarbejdes business case)




Bilag 4

Region Hovedstaden  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Telefon 48 20 50 00  
Direkte 48 20 54 16  
Mail [Henriette.bager@regionh.dk](mailto:Henriette.bager@regionh.dk)  
Web [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

Dato:  
Sagsnr.:  
Arkiv:  
Sagsbeh.: henbag  
Deres j. nr./ref.:

### Ansøgningskema til Forebyggelsespuljen 2010.

1	Ansøger	Socialforvaltningen i Københavns Kommune i samarbejde med Psykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center København
2	Medansøger	PC Amager PC København
3	Hvor er projektet forankret?	Mål- og Rammekontoret for Handicap og Psykiatri, Socialforvaltningen, Københavns Kommune
4	Kontaktperson/projektleder	Navn: Katrine Madsen Adresse: Socialforvaltningen, Mål- og Rammekontoret for Handicap og Psykiatri, Bernstorffsgade 17, 4. sal, vær. 444 1592 København V Telefon: 33 17 32 48 Mail: <a href="mailto:xu31@sof.kk.dk">xu31@sof.kk.dk</a>
5	Juridisk ansvarlig	Navn: Kontorchef Birgitte Nystrup Lundgren Adresse: Socialforvaltningen, Mål- og Rammekontoret for Handicap og Psykiatri, Bernstorffsgade 17, 4. sal Telefon: 33 17 32 96 Mail: <a href="mailto:DV45@sof.kk.dk">DV45@sof.kk.dk</a>  Dato: 18. december 2009 Underskrift: 
6	Projektets titel	Forpligtende og sammenhængende samarbejde om borgere med svære sindslidelser og komplekse sociale problemstillinger i København. Pilotprojekt vedr. at kortlægge og analysere samarbejdsproblemer mellem region og kommune
7	Kort beskrivelse af projektet (7-10 linjer) for uddybning henvises til skema om	Projektet er et pilotprojekt som skal kortlægge de samarbejdsproblemer der opstår mellem kommune og region ifht. at skabe sammenhængende forløb

	projektoplysninger	for svære sindslidende, som oftest har komplekse sociale problemer. Projektet skal munde ud i at de to psykiatriske centre i Københavns Kommune sammen med Socialforvaltningen udarbejder en ansøgning om metodeudvikling til forbedring af samarbejdet omkring målgruppen.
8	Ansøgte beløb	300.000 kr.
9	Projektets forventede varighed	Start: 1. august 2010 Slut: 31. maj 2011
10	Er der ansøgt eller bevilget støtte fra anden side	Nej
11	Totalt budget for projektet - fordelt på år	Beløb: _____ 300.000 _____ kr. i 2010. Beløb: _____ 300.000 _____ kr. i 2011 Budget i alt: _____ 600.000 _____ kr.  <u>Budgetposter:</u> Projektmedarbejdere: 450.000 kr. Konsulentbistand fra de lokale enheder (frikøb af medarbejdere): 100.000 kr. Udgifter til afholdelse af fokusgruppeinterviews og anden indsamling af information: 50.000 kr.
12	Heraf kommunal finansiering	Beløb: _____ 150.000 _____ kr. i 2010. Beløb: _____ 150.000 _____ kr. i 2011. Medfinansiering i alt: _____ 300.000 _____ kr.  Pengene udmøntes med forbehold for socialudvalgets endelige godkendelse i starten af 2010.

## Projektoplysninger

1	<p><b>Projektets formål:</b></p> <p>Formålet med projektet er primært: <u>at afdække og analysere de problemer, som opstår i samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og den kommunale misbrugsbehandling omkring borgere med svære sindslidelser og andre komplekse sociale problemstillinger, herunder misbrug og hjemløshed.</u></p> <p>Der tages afsæt i den nuværende samarbejdsaftales elementer, således at projektet indeholder en evaluering af om samarbejdsaftalen bliver overholdt i praksis og hvordan medarbejdere, brugere/patienter og pårørende oplever principperne i samarbejdsaftalen.</p>
---	--

Derudover har projektet det sekundære formål er at søge løsninger på de oplevede problemstillinger som forberedelse til et hovedprojekt, der skal udvikle metoder til at forbedre samarbejdet om de sværeste sindslidende.

Borgere med svære sindslidelser har i højere grad end andre psykisk syge behov for, at der foregår en tæt dialog omkring behandlingen af borgerens psykiatriske lidelse, opfølgning på denne behandling, medicinering samt behandling af eventuelle misbrug. Samtidig skal der ofte hurtigt afklares hvilken myndighed, der har ansvar på hvilket tidspunkt i borgerens behandlingsforløb og livssituation.

Projektet udspringer af de drøftelser ansøgerne løbende har haft i de to lokale samordningsudvalg omkring de knaster, der ofte opstår. Derved har vi allerede en ide om hvilke problemer, der kunne tages fat i, men ønsker en mere kvalificeret viden omkring hvilke udfordringer medarbejderne oplever når samarbejdsaftalen skal gennemføres i praksis. Dog ønskes der ikke en simpel opstilling af problemer, men at ansøgerne får en fælles forståelse for hvorfor problematikkerne opstår og hvor der kunne tænkes og ageres anderledes ifht. hver af myndighedernes ansvarsområde. Analysen skal tage afsæt i medarbejdernes erfaringer og daglige praksis, og derved hvordan de til dagligt søger at løse problemstillingerne og hvor de for eksempel møder modstand i kommunikationen og samarbejdet.

Projektet skal på lang sigt kunne bidrage til at de to myndigheder kan forbedre deres ressourceanvendelse og skabe sammenhængede rehabiliterings- og behandlingsforløb for borgeren. En dybere forståelse af samarbejdsproblemerne og en forbedring af samarbejdet kan hjælpe til at prioritere, hvor og hvornår der handles ifht. denne gruppe af borgere, samt minimere den tid der bruges på kommunikation og koordinering.

Det er dog vigtigt at slå fast, at der ikke er tale om at projektet skal kigge på en anden fordeling af opgaverne mellem myndighederne eller en tilførsel af opgaver til myndighedernes nuværende opgaveansvar. Projektet kortlægning og det kommende projekt om metodeudvikling, bidrage til hvordan de to sektorer bedre samarbejder for at løse problemerne indenfor de eksisterende organisatoriske og økonomiske rammer.

Derudover skal projektet ses i forlængelse af projekt koordinerende kontaktperson, som bliver igangsat af Københavns Kommune i ultimo 2009 og afsluttes i 2012, som led i implementeringen af Københavns Kommunes rammeplan for socialpsykiatrien for 2009-2012. Formålet med projektet er at sikre et bedre udskrivningsforløb for borgere med sindslidelse i form af, at myndighedssagsbehandleren bliver bedre til at koordinere borgerens sag. Således vil projekt koordinerende kontaktperson være med til at sikre bedre koordinering for sindslidende i København generelt, mens indeværende projekt vil bidrage til at sætte fokus på de sindslidende, som har brug for en særlig opmærksomhed.

	<p>Samtidig skal projektet ses i forlængelse af projektet om sektorsamarbejde i psykiatrien på Amager i 2005 og 2007. Der er publiceret en artikel om projektet i Ugeskrift for Læger den 23. november 2009 med titlen "Sektorsamarbejde i psykiatrien".</p>
2	<p><b>Projektets mål:</b></p> <p>Projektets mål er på kort sigt at praksis i de to myndigheder afdækkes og at medarbejdernes erfaringer indsamles.</p> <p>På mellemlang sigt (ved afslutning af projektet i maj 2011) er målet, at der udarbejdes et nyt fælles projekt, som skal udvikle metoder til at sikre, at de to myndigheder tager et fælles ansvar for denne gruppe af borgere med sindslidelser, der har brug for en særlig indsats.</p> <p>Derved skal forprojektet ende ud i en rapport som:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. beskriver hvor i samarbejdet mellem myndighederne, der opstår problemer. Denne kortlægning skal opdeles ifht. de 4 hovedområder: opsøgende arbejde, indlæggelse, udskrivning og opfølgende behandling.</li> <li>2. kommer med forslag til aktiviteter og metoder, der kan indgå i metodeudviklingsprojekt og den endelige projektansøgning</li> </ol> <p>Ud fra den endelige rapport skal der udarbejdes en fælles projektansøgning til enten Satspuljemidler eller en kommende Forebyggelsespulje.</p> <p>På lang sigt er målet med projektet at skabe en sammenhængende behandling for og rehabilitering af borgeren/patienten.</p>
3	<p><b>Projektets målgruppe:</b></p> <p>Målgruppen for det langsigtede projekt og derved de borgere vi ønsker at forbedre samarbejdet omkring, er borgere med svære sindslidelse og med eventuelle sociale problemstillinger, herunder misbrug og hjemløshed. Målgruppen skal bo i bydelsområderne dækket af de to psykiatriske centre Bispebjerg og Amager.</p> <p>Borgerne skal være karakteriseret af skizofreni mv. og dårlig overholdelse vedr. behandlingsaftaler og svært modtagelige for en socialfaglig indsats.</p> <p>Derudover kan borgeren være karakteriseret af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aggressiv, udadreagerende adfærd</li> <li>- misbrug</li> <li>- gentagne tilfælde af magtanvendelsessager efter Serviceloven</li> <li>- svingdørs patient (hyppige indlæggelser på psykiatrisk center)</li> <li>- boligløs eller problem med at fastholdes i bolig</li> <li>- at have vanskeligt ved at udnytte eller fastholdes i de eksisterende kommunale tilbud</li> </ul>



	<p>For selve informationsindsamlingen er målgruppen desuden pårørende til disse borgere og de medarbejdere, der skal håndtere samarbejdsaftalen på bedst mulig vis til gavn for brugerne/patienterne.</p>
4	<p><b>Beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde</b></p> <p>Samarbejdet omkring borgere med svære sindslidelse foregår i dag i mellem 4 sektorer: 1) region, 2) kommune, 3) politi og kriminalforsorg og 4) praksissektoren. Samarbejdet mellem de fire sektorer drøftes i de lokale samordningsudvalg og i psp-samarbejdet. I projektet er kun de første to sektorer repræsenteret, men de to andre kan inddrages, hvis de i projektforberedelsen viser sig interesseret.</p> <p>Regionen er organiseret i psykiatriske centre med dertil hørende decentralt niveau (distriktpsikiatrien og op-teams). Kommunen er organiseret i myndighedscentre som fra 1. januar 2010 hedder Socialcenter København og Rådgivningscenter København med dertil hørende lokalt niveau (voksenenheder, hjemløsenheder, modtageenheder etc.). Derudover er bo-, og behandlingstilbud organiseret i centerfællesskaber med en centralt placeret visitation.</p> <p>Det tværsektorielle samarbejde følger de to samarbejdsaftaler der er indgået mellem Københavns Kommune og hhv. PC Amager og PC Bispebjerg (fremover PC København).</p>
5	<p><b>Metodebeskrivelse</b></p> <p>Der anvendes metoden performance based management eller effektstyring. Denne metode fokuserer på resultater og effekter af indsatsen for borgerne på lang sigt. Kortlægningen af praksis og erfaringer vil ske i form af fokusgruppe-interviews samt eventuelle spørgeskemaundersøgelser og individuelle interviews med medarbejderne i de berørte myndigheder samt brugere og pårørende. Fokusgrupperne vil for medarbejdersiden være sammensat af repræsentanter fra de kommunale og regionale sektorer centrale og decentrale enheder, samt eventuelt andre samarbejdspartnere. Erfaringsmæssigt er det vanskeligt at gennemføre fokusgruppe interview med personer med svære sindslidelser, hvorfor der må tages forbehold for i hvor stort omfang disse kan gennemføres.</p> <p>Derudover vil der i projektperioden indsamles materiale om sammenlignelige projekter der er gennemført eller skal gennemføres i andre kommuner og regioner, herunder eventuelle besøg på disse projekter.</p> <p>Som en del af effektstyringsmetoden skal projektet udarbejde en forandringsteori, som beskriver hvordan den tilstræbte forandring (målene) for den valgte målgruppe skal nås. I forandringsteorien skal der beskrives de forventede sammenhænge mellem aktiviteter, kortsigtede resultater og langsigtede virkninger, som borgeren forventes at opnå. Det første skridt i at skabe en forandringsteori er at kortlægge, hvilket problem man ønsker at arbejde med. Dette er således hoved-</p>

	<p>formålet med dette projekt. Herefter arbejdes der baglæns fra det mest abstrakte niveau (langsigtede virkninger) til det helt konkrete (aktiviteter) i en årsagsvirkningskæde. Aktiviteterne vil først være muligt at definere i det kommende hovedprojekt, hvor metoderne for forbedring af samarbejdet skal udvikles.</p>
6	<p><b>Dokumentation af opnåelse af målene/resultaterne</b></p> <p>Dokumenteres i hhv. endelig rapport og projektansøgning.</p>
7	<p><b>Plan for evaluering</b></p> <p>Styregruppen (se under pkt. 9) vil i projektperioden afholde 3-4 møder, hvor der drøftes delrapporterne fra fokusgruppeinterviews og informationsopsamling. På møderne kan man ud fra de allerede indsamlede informationer regulere på emner for fremtidige interview- og spørgeskemarunder. Derudover vil styregruppen godkende den endelige rapport for forprojektet, samt ansøgning til projektets 2. del omkring metodeudvikling.</p> <p>Der planlægges desuden (jf. pkt. 8) at der afholdes et seminar lige inden projektperiodens afslutning til inddragelse af andre dele af kommunen og regionen, så de kan komme med deres kommentarer til rapportens foreløbige konklusioner, inden den bliver offentliggjort.</p>
8	<p><b>Hvordan formidles projektet og de opnåede erfaringerne til andre?</b></p> <p>Projektet vil blive formidlet dels i form af den endelig rapport, som sendes ud til de relevante samarbejdspartnere indenfor Københavns Kommune og regionen. Samtidig offentliggøres rapporten på de to myndigheders hjemmeside.</p> <p>Derudover forventes, der at blive afholdt et seminar, hvor der fortælles om rapportens resultater. Mødet vil primært være målrettet mod medarbejdere i kommunen og region og fungere som et indspark ifht. at udarbejde den endelige rapport og ansøgning.</p> <p>Derudover skal der inden projektperiodens afslutning tages stilling til om det endelig projekt skal vedrøre hele Københavns Kommune. Der skal derfor tages beslutning om de øvrige psykiatriske centre, som har Københavns Kommune som optageområde skal involveres, og desuden om de tilstødende kommuner, som også har borgere i behandling på de involverede psykiatriske centre kunne have interesse i at deltage i hovedprojektet.</p>
9	<p><b>Beskrivelse af forankringen af projektet og videreførelse efter projektperioden.</b></p> <p>Projektet vil være forankret i Mål- og Rammekontoret for Handicap og Psykiatri i Socialforvaltningen i Københavns Kommune. Der vil ansættes eller frikøbes en medarbejder i kontoret til at stå for projektledelsen, herunder evt. ansættelse af en student. Medarbejderen vil være koblet op på/ få sparring i kontorets forskningsenhed, hvor der er ansat 1 projektleder og 2 phd'er som led i Københavns Kommunes Rammeplan for Socialpsykiatri 2009-2012. Derudover kan</p>

der udpeges projektkoordinatorer i de decentrale enheder i begge sektorer, og der er afsat midler i projektet til at frikøbe de lokalt ansatte til deltagelse i projektet.

Derudover nedsættes en styregruppe for projektet med deltagelse af repræsentanter fra de to lokale samordningsudvalg. De kommuner som er en del af samordningsudvalget men ikke er med i projektet, har mulighed for at deltage som observatører.

Styregruppen vil i projektperioden afholde 3-4 møder og derudover godkende den endelige rapport samt ansøgning til hovedprojektet.

## **Vejledning.**

### **Ansøgerkreds**

Kommuner, hospitaler og almen praksis. Da puljen skal understøtte samarbejdet mellem den kommunale og den regionale opgaveløsning, skal der som minimum indgå to af parterne som ansøgere.

Ansøgninger fra hospitaler skal være formuleret i fællesskab med en eller flere kommuner. Almen praksis kan også indgå i ansøgerkredsen.

Ansøgninger fra en eller flere kommuner skal være formuleret i fællesskab med et hospital. Almen praksis kan også indgå i ansøgerkredsen.

Ansøgninger fra almen praksis skal være formuleret i samarbejde med en eller flere kommuner og et hospital.

### **Kriterier for tildeling af midler:**

Projekterne skal bygge på evidens. Projekterne skal være økonomisk selv bærende efter projektperioden, så videreførelse er sikret.

Der kan ydes støtte til projekter, der genererer ny, anvendelig og systematiseret viden, der let kan deles mellem flere aktører i regionen, og til projekter, hvor kendt viden implementeres eller spredes. Af projektbeskrivelsen skal fremgå, hvordan man vil sikre projektets forankring, indgå i viden deling samt planer for videreførelse af projektet efter projektperiodens ophør.

Der ønskes projekter med en vis volumen. Volumen kan blandt andet opnås gennem samarbejdsprojekter imellem flere kommuner eller projekter, der er forankret i samordningsudvalgene på hospitalerne. Projekter med et samlet budget på over 200.000 kr. vil blive foretrukket.

### **Faglig kvalitetssikring**

For at sikre en registrering og systematiseret erfaringsopsamling er der nedsat et fælles regionalt/kommunalt vurderingsudvalg, som vil bedømme projektansøgningerne. Projekterne vil blive bedømt i forhold til det tværsektorielle samarbejde, projektets design, beskrivelsen af projektets formål og mål, beskrivelsen af metoden og evaluerings- og implementeringsovervejelser. For uddybning henvises til ramme for faglig projektvurdering.

### **Regnskabsaflæggelse**

Der skal senest 2 måneder efter afslutningen af den fastsatte projektperiode fremsendes regnskab til Sundhedskoordinationsudvalget.

Det forventes, at projektets regnskab opstilles på samme måde som budgettet.

Det forventes, at der udvises god regnskabsskik med et tydeligt og dokumenteret regnskab.

Hvis regnskabet og/eller projektrapporten ikke er tilfredsstillende opstillet eller dokumenteret, eller projektmidlerne ikke er brugt efter hensigten, vil der blive krævet en revisionspåtegning.

Der kan disponeres i forhold til det godkendte budget. Ønskes der fravigelser, skal dette søges.

### **Rapportering**

Der skal senest 2 måneder efter afslutning af den fastsatte projektperiode fremsendes projektrapport og regnskab til Sundhedskoordinationsudvalget. I rapporteringen skal der også beskrives, hvordan man konkret vil indgå i videndeling samt planerne for videreførelse af projektet.

Projektrapporten skal lægges på kommunens og regionens hjemmeside, så den er tilgængelig for andre interesserede.

### **Projektkatalog**

I forbindelse med tildeling af puljemidler skal projektet beskrives i et projektkatalog. Projektejeren er ansvarlig for at indsende opdatering af projektkataloget.