

Generel Sundhedsaftale 2008

Revideret udgave, september 2008

Sundhedsaftale for valgperioden 1. januar 2007 – 31. december 2009

(Bemærk: Denne skabelon skal anvendes ved indsendelse af sundhedsaftaler til Sundhedsstyrelsen. Når den udfyldte skabelonen indsendelse til Sundhedsstyrelsen må den ikke indeholde ændringer eller tilføjelser til skabelonen. Eventuelle frivillige aftaleområder må således ikke medtages i det indsendte.)

Aftaleparter: Kommune:

Region:

Versionsnummer:

(Første indsendelse af sundhedsaftalen har versionsnummer 1. Efterfølgende fremsendelser af ændrede versioner nummereres fortløbende)

Indsendelsesdato:

(Angiv dato for indsendelsen af sundhedsaftalen til Sundhedsstyrelsen. Bemærk, at den lovbundne maksimale sagsbehandlingstid på to måneder regnes fra datoen for Sundhedsstyrelsens afsendelse af kvitteringsskrivelse.)

Bemærkninger: (Aftaleparterne kan benytte det nedenstående felt til korte bemærkninger til den fremsendte sundhedsaftale. Ved indsendelse af ændrede sundhedsaftaler skal det angives, under hvilke(t) krav der er foretaget væsentlige ændringer.)

Ændringer

Der er sket ændringer i alle indsatsområder og alle krav herunder.

Kvalitetssikring, opfølgning og Den Danske Kvalitetsmodel

I denne sundhedsaftale er der indgået aftale om opfølgning på de enkelte indsatsområder. I den forbindelse er der i forskellige sammenhænge nævnt Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og de akkrediterings- og kvalitetsstandarder, som er en del heraf.

Som en del af økonomiforhandlingerne for 2009 mellem Regeringen og Danske Regioner er det aftalt at udskyde implementeringen af DDKM til 15. august 2009, hvor standarderne overdrages til sygehusene.

På den baggrund har Region Nordjylland besluttet at implementeringen af akkrediteringsstandarderne iværksættes, men i et betydeligt lavere tempo end oprindeligt planlagt. En række af kvalitetsudviklingsinitiativerne i DDKM er allerede en integreret del af det kliniske arbejde med at sikre det gode patientforløb, her tænkes eksempelvis på NIP, patienttilfredshedsundersøgelser, servicemål, kontaktpersonordningen osv. Netop de kvalitetsudviklingsinitiativer fortsætter som en integreret del af daglig klinisk praksis, og som et element i opfølgningen på de enkelte indsatsområder.

Godkendelse

Denne sundhedsaftale er godkendt af kommunalbestyrelsen i X Kommune og af Region Nordjyllands regionsråd.

Indsatsområde 1: Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter	5
Krav 1. Hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.	5
Krav 2. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt til den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med	11
udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.	11
Krav 3. Hvordan parterne ved koordination af kapacitet m.v. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede.....	15
Krav 4. Hvordan parterne følger op på aftalen.	16
Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb	19
Krav 1. Hvilke relevante oplysninger om patientens behov m.v., der skal udveksles mellem kommunen,	19
den praktiserede læge og sygehuset; hvordan det sikres, at informationen leveres rettidigt; hvordan	19
det sikres, at relevante informationer formidles til patienten; samt at parterne er tilgængelige	19
for videre dialog og spørgsmål fra patienten.....	19
Krav 2. Hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.....	23
Krav 3. Hvordan parterne følger op på aftalen	29
Indsatsområde 3: Træningsområdet	32
Krav 1. 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 med tredje part.	32
Krav 2. Hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning.....	34
Krav 3. Hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.	37
Krav 4. Hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunerne sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehuset.	38
Krav 5. Hvordan parterne følger op på aftalen.	39
Indsatsområde 4: Hjælpemiddelområdet	40
Krav 1. Arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af såvel varige som ikke-varige hjælpemidler og behandlingsredskaber.	40
Krav 2. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter.	43
Krav 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.....	44
Krav 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.....	45

Krav 5. Hvordan parterne følger op på aftalen.	46
Indsatsområde 5: Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse	48
Krav 1. Arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.	48
Krav 2. Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.	58
Krav 3. Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.	59
Krav 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.	60
Krav 5. Hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.	62
Krav 6. Hvordan parterne følger op på aftalen.	65
Indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser	67
Krav 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).	67
Krav 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.	89
Krav 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.	92
Krav 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.	98
Krav 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.	99
Krav 6. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.	101
Krav 7. Hvordan parterne følger op på aftalen.	103

Indsatsområde 1: Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter

Krav 1. Hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.

1.1 Overordnede principper i samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning

I et samarbejde mellem kommune, praktiserende læger og sygehuse er der i 2007 udarbejdet en fælles "Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning". Samarbejdsaftalen henvender sig til alle ansatte i kommuner i Region Nordjylland, ansatte på sygehusene samt til praktiserende læger, lægevagten og speciallæger.

Samarbejdsaftalen omhandler det konkrete sammenhængende patientforløb mellem regionens sygehuse (somatiske og psykiatriske), kommunerne og de praktiserende læger/specialelæger samt beskriver varetagelsen af opgaver i forbindelse med patientens/borgerens indlæggelses- og udskrivningsforløb samt "gråzoneopgaver" mellem sektorerne, hvor det skønnes vigtigt at have formuleret ansvars- og opgavefordelingen mellem de forskellige faggrupper og mellem sektorerne. Aftalen er rammen for samarbejdet. Rammen forudsætter, at der er gode redskaber til at gennemføre den. Det gælder dels de nødvendige IT-redskaber og kommunikation, dels de telefoniske kommunikationsmuligheder, der er beskrevet i aftalen.

Den løbende kontakt mellem kommuner og sygehuse bør som udgangspunkt ske via IT-kommunikation, eventuelt suppleret med telefonisk kontakt. En væsentlig del af gennemførelsen af den regionale samarbejdsaftale er derfor at sikre, at kommunikationen kan ske via IT-kommunikation. De tekniske IT-systemer er generelt på plads, der venter en organisatorisk implementering, der er højt prioriteret. Indtil IT-kommunikationen er fuldt implementeret, foregår kommunikationen primært via telefonisk kontakt.

Samarbejdsaftalen omhandler indlæggelse og udskrivning, træningstilbud, forebyggelse og sundhedsfremme samt ændret behov for hjælp ved udskrivning.

Samarbejdsaftalen sikrer dialogen mellem egen læge, praktiserende speciallæger, sygehus og kommune gennem henvisninger, udskrivningskonference, telefonisk og IT-baseret udveksling af informationer, genoptræningsplaner m.m.

Samarbejdsaftalen om indlæggelser og udskrivning sikrer ens forløb i forhold til udskrivning og indlæggelser mellem samtlige kommuner og sygehuse i regionen. Således arbejdes der med ens praksis i hele Nordjylland.

Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning er efter godkendelse i den administrative styregruppe i foråret 2008 udsendt til relevante parter med henblik på implementering i kommuner og på sygehuse.

Samarbejdsaftalen er tilgængelig for alle parter på www.rn.dk.

Nedenstående er uddrag fra samarbejdsaftalen om indlæggelser og udskrivning:

1.2 Kontakt mellem kommune og region

Med henblik på at sikre det gode sammenhængende patientforløb skal der være mulighed for kontakt mellem kommunen og sygehuset hele døgnet. Dette sker via IT-kommunikation (elektronisk udveksling af data) ved patienter med mindre eller uændret behov for hjælp eller telefonisk kontakt til kommunen ved udskrivelse af akutte korttidsindlagte patienter.

Det er aftalt, at kommunerne og sygehusene udarbejder en oversigt over telefonnumre i såvel dag- som vagttid. På disse telefonnumre skal det være muligt at "melde af", således at såvel sygehuse som kommuner har ét kontaktpunkt med samarbejdsparten. Det vil dermed være det enkelte sygehus og den enkelte kommunes ansvar at sikre den interne kommunikation og organisering med henblik på at overholde aftalen om ét kontaktpunkt.

1.3 Udskrivelsen begynder ved indlæggelsen

I samarbejdsaftalen indgår, at udskrivningen begynder ved indlæggelsen med henblik på at sikre en fællesudskrivningsplan så hurtigt så muligt for herigennem at klarlægge patientens behov samt at give kommunen rimelig tid til at igangsætte nødvendige foranstaltninger før udskrivning. Det er sygehusafdelingens ansvar for at kontakte den enkelte kommune, når sygehusafdelingen skønner, at patienten vil have brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo- og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger.

Samarbejdsaftalen sikrer, at kommunen ved de relevante patientforløb holdes orienteret undervejs, herunder især om de krav det enkelte forløb vil stille til den kommunale indsats efter udskrivning.

1.3.1 Under indlæggelsen

Planlægning af udskrivning begynder ved indlæggelsen. For at sygehusafdelingen og den enkelte kommune kan påbegynde den fælles udskrivningsplanlægning så hurtigt som muligt, har sygehusafdelingen ansvar for at kontakte den enkelte kommune, når sygehusafdelingen skønner:

- At patienten vil have brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo- og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger.

Sygehusafdelingen tager derudover kontakt til den pågældende kommune straks, når de skønner:

- At patienten, der før indlæggelsen havde kontakt til hjemmeplejen eller andre sociale støtteforanstaltninger, får brug for hjælp i et større omfang efter udskrivningen.
- At patienten får brug for boligændringer, boligskift eller lign. efter udskrivningen.
- At patienten ikke kan udskrives til sin hidtidige bolig og ikke er i stand til at give informeret samtykke til flytning til anden bolig, hvorfor der skal søges værgemål. Ved behov for oprettelse af værgemål kontakter sygehusafdelingen følgende: På Aalborg Sygehus den ledende socialrådgiver, på sygehuse uden for Aalborg den pågældende sygehusdirektør og i psykiatrien de administrerende overlæger.
Patienten kan ikke udskrives før statsforvaltningen har behandlet sagen og værgeren har accepteret botilbuddet.

Sygehuset sikrer:

- At patienten gøres opmærksom på, at eventuelle fremtidige former for bo- og/eller støtteforanstaltninger og serviceniveau i øvrigt besluttet af den enkelte kommune. Patienten bliver med inddraget i drøftelserne.
- At patienten er bekendt med, at der pågår en planlægning og kommunikation i forhold til målet med behandlingen og udskrivelsen.
- Ved længerevarende indlæggelser skal kommunen tilbydes at deltage i midtvejsstatus/-konference.

Udskrivningsplanlægningen har som formål:

- At klarlægge patientens behov efter udskrivningen, f.eks. om det er udskrivning til egen bolig, socialt botilbud, plejebolig, ældrebolig eller aflastningsstue.
- At sikre, at den enkelte kommune har rimelig tid til at forberede og igangsætte de nødvendige foranstaltninger før udskrivningen.

1.3.2 Udskrivning

Planlægning af udskrivning begynder ved indlæggelsen.

- Sygehuset sender 1. udskrivningsvarsel til kommunen senest 48 timer efter indlæggelsen (Ved akutte korttidsindlagte patienter skal den kommunale visitation kontaktes telefonisk):
 - Indlæggelsesårsag
 - Ændret funktionsniveau under indlæggelsen
 - Skøn vedr. behov for hjælpeforanstaltninger
 - Iværksat pleje- og behandlingsplan under indlæggelsen
 - Overvejelser i forhold til fremtidig udskrivningsplan
 - Afklarende spørgsmål til kommunale visitation.
 - Færdigmeldingsdato og forventet udskrivningsdato
 - Signatur på afsender i plejepersonalet
- Evt. 2. Udskrivningsvarsel
 - Sygehuset sender 2. udskrivningsvarsel, hvis færdigmeldingsdato eller forventet udskrivningsdato ikke er meddelt i 1. udskrivningsvarsel, eller hvis der er oplysninger om hjælpeforanstaltninger, som kommunen skal forholde sig til. 2. udskrivningsvarsel eller yderligere udskrivningsvarsler er også nødvendige, hvis der sker ændringer i indlæggelsesforløbet.
- Udskrivningsrapport
Sygehuset sender udskrivningsrapport til kommunen senest kl. 12 dagen før udskrivning:
 - Indlæggelsesårsag
 - Kort resumé af indlæggelsesforløb
 - Status i forhold til ændringer i patientens funktionsniveau under indlæggelsen
 - Forefindes genoptræningsplan – (Ja/Nej). Hvis ja – medsendes genoptræningsplanen.
 - Status i forhold til patientens behov for hjælpeforanstaltninger
 - Medicin – samt oplysning om indgåede aftaler om afhentning eller udbringning af medicin.
 - Aktuelle problemer/behov, mål, iværksatte og fremtidige handlinger/planer
 - Resumé af de indgåede aftaler i forbindelse med udskrivningen

1.3.3 Færdigbehandlingsbegrebet i relation til udskrivning

- En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en konkret lægefaglig vurdering kan udskrives, det vil sige ved afsluttet behandlingen, eller at indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.
- Patienterne vil enten blive udskrevet umiddelbart efter færdigbehandling eller være fortsat indlagte efter færdigbehandling, fordi de venter på et andet tilbud om bolig, foranstaltninger i hjemmet eller lignende. Registrering af patienterne som færdigbehandlede, er kun nødvendig, hvis patienten ikke udskrives umiddelbart i forbindelse med, at patienten vurderes færdigbehandlet. Patienten skal være klar til øjeblikkelig udskrivning på færdigbehandlingsdagen. At patienten er færdigbehandlet er ensbetydende med, at der ikke er behandlings-, sygepleje-, eller træningsmæssige behov/problemer, der gør det umuligt/uforsvarligt, at patienten udskrives.
- Patienter, der er registrerede som færdigbehandlede, og som for eksempel venter på tilbud om en andet tilbud om bolig, vil i venteperioden kunne risikere enten at få tilbagefald i forhold til den diagnose, som patienten er indlagt for, eller at få en ny lidelse, hvor sygehusindlæggelse er påkrævet. Patienten vil efter dette tilbagefald eller lignende ikke længere skulle betragtes som færdigbehandlet.
- Sundhedsstyrelsen har oprettet administrative koder til håndtering af færdigbehandlede patienter og vil forestå de løbende opgørelser og afregningen af den kommunale finansiering for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter.
- Eventuel uenighed mellem region og kommuner om betaling for konkrete, færdigbehandlede patienter drøftes og afgøres på administrativt niveau mellem en af kommunerne udpeget repræsentant og en repræsentant for regionen.

1.3.4 Udskrivning af akutte korttidsindlagte patienter

- Ved akutte patienter, som efter kort observation (ca. 8 timer) vurderes til at kunne udskrives, kontaktes den kommunale visitation telefonisk. I aften/nat og weekenden kontaktes kommunens ansvarshavende sygeplejerske.
- Hurtigst muligt og senest 5 dage efter udskrivelsen tilgår der den praktiserende læge et udskrivningsbrev. For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes udskrivningsbrevet umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

1.3.5 Udskrivning med mindre eller uændret behov for hjælp

- Udskrivning kan ske alle ugens dage. Sygehuset sender avis senest kl. 12.00 dagen før udskrivningen på hverdage, således at kommunen har mulighed for at genetablere den sædvanlige hjælp. Udskrivelse i weekend meddeles senest fredag kl. 11. Såfremt fristerne ikke kan overholdes, kan kommunens ansvarshavende sygeplejerske kontaktes.
- Hurtigst muligt og senest 5 dage efter udskrivelsen tilgår der den praktiserende læge et udskrivningsbrev. For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes udskrivningsbrevet umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

1.3.6 Udskrivning med ændret behov for hjælp, boligændring/alternativ bomulighed

- Ved udskrivelser uden udskrivningskonference kontakter sygehuset kommunens visitation så tidligt som muligt før udskrivningstidspunktet.

Hjælpemidler og behandlingsredskaber udlånes/bevilges i henhold til den indgåede aftale om hjælpemidler mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner

- Ved behov kan der etableres udskrivningskonferencer. I konferencen deltager patienten og eventuelle pårørende samt relevante fagpersoner fra sygehuset og kommunen. Kommunen vurderer i forbindelse hermed, om der er behov for hjemmebesøg.
- Genoptræningsplan sendes med patienten hjem og til den kommune, hvor patienten ønsker at modtage genoptræning.
- Hurtigst muligt og senest 5 dage efter udskrivelsen tilgår der den praktiserende læge et udskrivningsbrev. For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes udskrivningsbrevet umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

1.3.7 Prøveudskrivning - weekendbesøg

- Har borgeren gennemgået et længerevarende sygdomsforløb, kan der ved gensidig aftale mellem sygehuset og kommunens visitation etableres prøveudskrivning/weekendbesøg. Det er kommunen, der vurderer, om der er behov for et hjemmebesøg. Der skal være aftalt et klart formål med prøveudskrivningen/besøget.

1.3.8 Udskrivning af terminalt syge patienter

Grundlaget for den palliative organisation og indsats er, at dette tilbydes på såvel "basisniveau" som på "specialistniveau".

Organiseringen af indsatsen er, at borgere med en uhelbredelig, fremadskridende dødelig sygdom skal have muligheden for at vælge, om de ønsker at tilbringe den sidste tid i eget hjem, på plejehjem/plejecenter, på sygehus eller på hospice.

- Terminalt syge patienters ønske opfyldes så vidt, det kan lade sig gøre - med brug af alle kreative muligheder. Sygehuset udarbejder en status, som indeholder oplysning om, at patienten er terminal - patient med en uhelbredelig sygdom, som er fremadskridende og med forventet kort levetid. Denne status skal foreligge ved udskrivning eller ved udskrivningskonferencen.

- Der er mulighed for åben indlæggelse.
- Patienter i terminal pleje, som ønsker at tilbringe den sidste tid på sygehuset, er ikke omfattet af betalingsordning for færdigbehandlede patienter på de somatiske sygehuse.
- Når en terminal syg patient udtrykker ønske om at tilbringe den sidste tid på hospice, sender den henvisende læge en henvisning til hospice.
- Kommunens primære sygeplejerske kan kontakte regionens palliative organisation (Det Palliative Team eller de regionale palliationssygeplejersker) om rådgivning og intervention i forhold til terminale problemstillinger.

1.3.9 Sygehusets vurdering af patienten ved udskrivning

Samarbejdsaftalen indeholder udover indlæggelse og udskrivning også:

- Genoptræningsplan
- Ambulante besøg
- Skadestuebesøg
- Medicin
- Forebyggelse
- Flowskemaer

Hjælpemidler vil på sigt blive omfattet af samarbejdsaftalen.

For genoptræning, hjælpemidler, og forebyggelse henvises der til sundhedsaftalerne om genoptræning, hjælpemidler samt forebyggelse og sundhedsfremme. Herudover henvises til samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning der kan findes på www.rn.dk.

1.4 Ambulante besøg

I forbindelse med ambulante besøg i ambulatoriet eller endags afsnittene beder sygehuset borgeren medbringe samarbejdsbog/sygeplejelog eller relevante oplysninger. Ambulatoriesygeplejersken benytter de medsendte skemaer som kommunikationsmiddel til hjemmeplejen.

Forekommer der i forbindelse med den ambulante kontrol væsentlige ændringer, som har indflydelse på den daglige pleje, meddeler sygehuset disse ændringer til kommunens visitation. Ved behov for ændret træning eller genoptræning i henhold til sundhedsloven fremsendes ny genoptræningsplan.

Ambulatorienotat sendes altid til egen læge.

Ved borgere, som har været til endagskirurgisk behandling, og hvor der opstår kirurgiske problemstillinger, kan hjemmesygeplejersken kontakte vagthavende læge i den aktuelle kirurgiske afdeling indenfor det første døgn efter udskrivelsen.

1.5 Skadestuebesøg

- En borger som har været i Skadestuen, hvor sygehuset skønner, at der er behov for hjælp, kontaktes kommunens visitation/døgntelefon. Ved behov for træning i henhold til sundhedsloven fremsendes ny genoptræningsplan.
- Skadelog sendes altid til egen læge ved afsluttet skadestuebehandling.

1.6 Medicin

Samarbejdsaftalen om medicinsk behandling er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens "Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler" fra 30. juni 2006. Samarbejdsaftalen om medicin omfatter:

- Medicinsk behandling i forbindelse med indlæggelse
 - Håndtering af medicin før indlæggelse
 - Håndtering af medicin ved indlæggelse
- Håndtering af medicin ved udskrivning
- Medicinsk behandling i forbindelse med ambulante forløb

1.7 De praktiserende læger

De praktiserende læger har som beskrevet ovenfor samt i samarbejdsaftalen om indlæggelser og udskrivning en central rolle i forbindelse med indlæggelser og udskrivning.

Ud over i det praktiske samarbejde inddrages de praktiserende læger løbende i opfølgning og udvikling omkring sundhedsaftalerne samt i samarbejdet mellem de involverede parter.

De praktiserende læger har deltaget i udarbejdelsen af samarbejdsaftalen samt i andre arbejdsgrupper nedsat af den administrative styregruppe vedr. sundhedsaftaler.

I Sundhedskoordinationsudvalget og den administrative styregruppe deltager repræsentanter fra PLO.

I kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse deltager repræsentanter fra PLO, samt praksiskonsulenter fra henholdsvis sygehus og kommune.

En praksisplan er underudarbejdelse i Region Nordjylland. En proces der er foregået med kommunaldeltagelse.

Krav 2. Hvordan parterne sikrer, 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.

2.1 Elektronisk udveksling af informationer ved udskrivning

Elektronisk udveksling af informationer er en fremtidig forudsætning for en helhedsorienteret indsats overfor borgeren fra kommune, sygehus og læge i Region Nordjylland. Effektiv og sikker udveksling af informationer ved udskrivning, der samtidig skaber det sammenhængende patientforløb, er dog stadig et udviklingsområde. Parterne forpligter sig til i aftaleperioden at øge mulighederne for elektronisk udveksling af informationer i forbindelse med indlæggelse.

2.2 Samarbejde om udveksling af informationer

I et samarbejde mellem kommune, praktiserende læger og sygehuse er der i 2007 udarbejdet en fælles "*samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning*". Samarbejdsaftalen henvender sig til alle ansatte i kommuner i Region Nordjylland, ansatte på sygehuse samt til praktiserende læger, lægevagten og speciallæger. Samarbejdsaftalen sikrer en dialog med mellem egen læge, praktiserende speciallæger, sygehus og kommune gennem henvisninger, udskrivningskonference, telefonisk og IT-baseret udveksling af informationer, genoptræningsplaner m.m..

2.2.1 Kontakt mellem kommune og region

I samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning er det aftalt at der med henblik på at sikre det gode sammenhængende patientforløb skal der være mulighed for kontakt mellem kommunen og sygehuset hele døgnet. Dette sker via IT-kommunikation (elektronisk udveksling af data) ved patienter med mindre eller uændret behov for hjælp eller telefonisk kontakt til kommunen ved udskrivelse af akutte korttidsindlagte patienter.

Det er aftalt, at kommunerne og sygehuse udarbejder en oversigt over telefonnumre i såvel dag- som vagttid. På disse telefonnumre skal det være muligt at "melde af", således at såvel sygehuse som kommuner har ét kontaktpunkt med samarbejdsparten. Det vil dermed være det enkelte sygehus og den enkelte kommunes ansvar at sikre den interne kommunikation og organisering med henblik på at overholde aftalen om ét kontaktpunkt.

Den løbende kontakt mellem kommuner og sygehuse bør som udgangspunkt ske via IT-kommunikation, eventuelt suppleret med telefonisk kontakt. En væsentlig del af gennemførelsen af den regionale samarbejdsaftale er derfor at sikre, at kommunikationen kan ske via IT-kommunikation.

De tekniske IT-systemer er generelt på plads, der venter en organisatorisk implementering der er højt prioriteret. Indtil IT-kommunikationen er fyldt implementeret foregår kommunikationen primært via telefonisk kontakt.

Indtil det er muligt at gennemføre al udveksling af informationer elektronisk i forbindelse med udskrivning, udveksles informationer telefonisk med kommunen.

Af nedenstående flowdiagrammer (fra samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning) fremgår, hvordan relevant information formidles mellem sygehuset og kommunen i forbindelse med udskrivning. For en uddybning af skemaerne se krav 1 eller samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning på www.rn.dk.

Udskrivning – procedure ved ukomplicerede eller kompliceret forløb

Sygehusafdelingen kontakter kommunen, når sygehusafdelingen skønner, at patienten ved udskrivning:

- Har brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo- og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger
- Har brug for hjælp i større omfang efter udskrivning
- Har brug for boligændringer, boligskift eller lignende efter udskrivning
- Ikke kan udskrives til sin hidtidige bolig og ikke er i stand til at give samtykke til flytning til anden bolig, skal der altid søges værgemål. Dette iværksættes straks af sygehuset og skal ikke afvente øvrige udskrivelsesaftaler, men kommunen informeres om, at der er iværksat værgemålsansøgning og patienten kan ikke udskrives før, statsforvaltningen har behandlet sagen, og værgeren har accepteret botilbuddet.

Udskrivningsplanlægning

Sygehusafdelingen kontakter kommunen vedr. den endelige udskrivningsplanlægning, og det aftales om udskrivningen kan klares:

- telefonisk eller via IT
- ved afholdelse af udskrivningskonference
- ved hjemmebesøg/prøveudskrivning/weekendbesøg (Det er kommunen, der træffer afgørelse her.)

Ukompliceret forløb

Den fælles udskrivningsplanlægning sker telefonisk eller via IT.

Kompliceret forløb

Der aftales udskrivningskonference/hjemmebesøg så tidligt i forløbet som muligt. Udskrivningskonferencen/hjemmebesøget skal afholdes inden færdigmeldingsdatoen. Hvis dette undtagelsesvis ikke er muligt, skal sygehuset/kommunen redegøre herfor.

Udskrivningskonferencen/hjemmebesøg

Følgende kan deltagere

- Patient og evt. pårørende.
- Relevante repræsentanter fra kommunen.
- Relevante repræsentanter fra sygehusafdelingen

Mødeleder og referat afklares. Der tages referat som indeholder:

- Kommunens beslutning om plejehjælp, hjælpeforanstaltninger, boligændringer m.m.

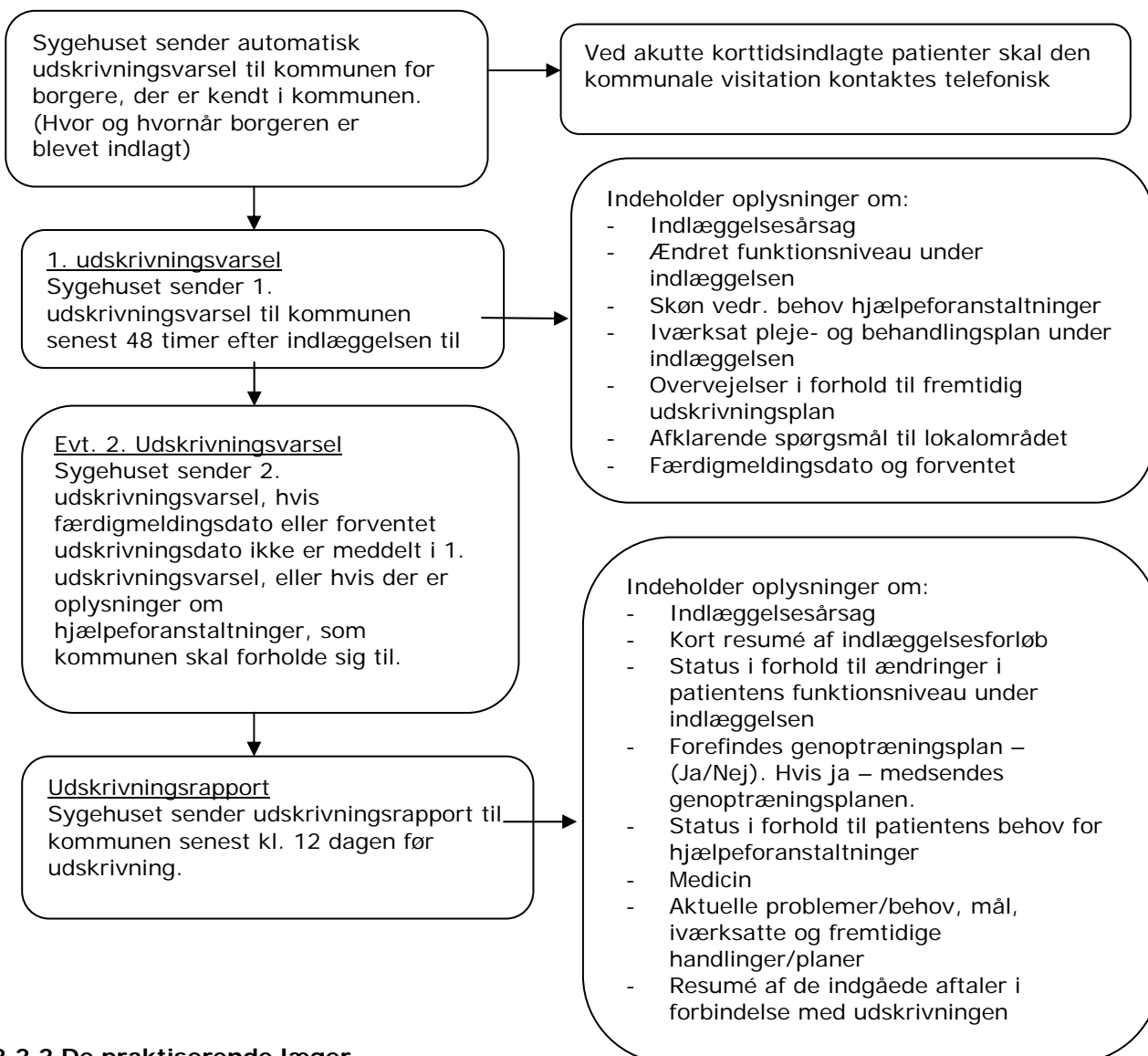
Færdigbehandlingsdato meddeles kommunen.

Ophævelse/annullering af færdigbehandling

Hvis patientens tilstand udvikler sig anderledes end forventet efter afholdt udskrivningskonference, orienterer sygehusafdelingen kommunen.
Hvis patienten bliver behandlingskrævende igen som følge af forværring af tilstanden eller som følge af ny sygdom, skal færdigbehandlingen ophæves.

Når patienten igen er klar til udskrivning gentages proceduren.

Udskrivning IT-kommunikation



2.2.2 De praktiserende læger

Der vil hurtigst muligt og senest 5 dage efter udskrivelsen tilgås der den praktiserende læge et udskrivningsbrev. For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes udskrivningsbrevet umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

De praktiserende læger har som beskrevet ovenfor samt i samarbejdsaftalen om indlæggelser og udskrivning en central rolle i forbindelse med indlæggelser og udskrivning.

Ud over i det praktiske samarbejde inddrages de praktiserende læger løbende i opfølgning og udvikling omkring sundhedsaftalerne, samt i samarbejdet mellem de involverede parter.

De praktiserende læger har deltaget i udarbejdelsen af samarbejdsaftalen samt i andre arbejdsgrupper nedsat af den administrative styregruppe vedr. sundhedsaftaler.

I Sundhedskoordinationsudvalget og den administrative styregruppe deltager repræsentanter fra PLO.

I kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse deltager repræsentanter fra PLO, samt praksiskonsulenter fra henholdsvis sygehus og kommune.

En praksisplan er under udarbejdelse i Region Nordjylland. En proces der er foregået med kommunaldeltagelse.

2.2.3 Information til patienten og eventuelle pårørende

Når sygehuset under indlæggelsen skønner, at patienten har brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo – og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger sikrer sygehuset:

- At patienten gøres opmærksom på, at eventuelle fremtidige former for bo- og/eller støtteforanstaltninger og serviceniveau i øvrigt besluttet af den enkelte kommune. Patienten bliver med inddraget i drøftelserne.
- At patienten er bekendt med, at der pågår en planlægning og kommunikation i forhold til målet med behandlingen og udskrivelsen.

Kontakten til patienten samt informationssikringen af patienten foregår endvidere gennem kontaktpersonordningen, der er medvirkende til at øge kvaliteten, sammenhængen og trygheden i behandlingen.

2.3 Kontaktperson på sygehuset

Samtlige indlagte og ambulante patienter får ved kontakten til sygehuset tildelt en fast, navngiven sundhedsfaglig kontaktperson (læge, sygeplejerske m.v.), som kan kontaktes af patienten i forbindelse med behandlingsforløbet for dermed at øge kvaliteten, sammenhængen og trygheden i behandlingen. Kontaktpersonen har et særligt ansvar for sikring af sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb. Der er følgende krav/forventninger gældende for kontaktpersonordningen:

- At der ved indlæggelse er udpeget en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen
- At der for ambulante patienter med mere end et ambulante besøg er udpeget en kontaktperson
- At kontaktpersonen er direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet)
- At navnet på kontaktpersonen er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt og at dette er dokumenteret i journalen
- At patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer

Krav 3. Hvordan parterne ved koordination af kapacitet m.v. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede.

Den myndighed, der har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen i henhold til den opgavefordeling, der er fastlagt i sundhedsaftalen, sørger for den nødvendige kapacitet.

3.1 Koordinering af kapacitet

Koordinering af kapacitet varetages primært af de lokale kontaktudvalg. Der er etableret kontaktudvalg på de somatiske og psykiatriske sygehuse med det formål at understøtte implementeringen og udviklingen af sundhedsaftalerne i samarbejdet med mellem sygehus, kommune og praktiserende læger. Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte permanente udvalg til varetage samarbejdet i forhold til konkrete problemstillinger.

Kontaktudvalgene vil endvidere være et forum for løbene overvågning og tilpasning af kapacitet, herunder udveksling af kapacitetsmæssige spørgsmål i forhold til omstruktureringer, omlægning af behandling og pleje mv.

Udveksling af informationer om aktivitetsmønstre, herunder ændringer i patientstrømme og sammensætning, sker i de nedsatte kontaktudvalg på de somatiske og psykiatriske sygehuse.

Koordinering af kapacitet sker endvidere i forbindelse med Akut Medicinsk Afdeling på Aalborg Sygehus og den nye strukturplan, hvor der sker en fælles koordinering i forbindelse med de nye akutmodtagelser.

3.1.1 Kapacitetsændringer af større omfang

Parterne er gensidigt forpligtet til at orientere hinanden om kapacitetsmæssige ændringer af større omfang. Ændringer af denne karakter forelægges den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler samt sundhedskoordinationsudvalget.

3.2 Den aktivitetsmæssige og økonomiske udvikling

Der er i et samarbejde mellem kommuner og region nedsat en arbejdsgruppe for økonomi og data, der følger den aktivitetsmæssige og økonomiske udvikling i relationen mellem det regionale og kommunale samarbejde.

Arbejdsgruppen har følgende opgaver:

- Opfølgning af den kommunale medfinansiering, herunder opfølgning af afregningskørslerne med henblik på at afdække eventuelle systemfejl osv.
- Mulighed for udarbejdelse af prognoser for sygehusaktiviteten i forhold til den kommunale medfinansiering.
- Servicering med data til arbejdsgrupperne omkring sundhedsaftaler, således disse arbejdsgrupper kan følge op på sundhedsaftalerne.
- Gensidig orientering omkring ændringer på sundhedsområdet, herunder drøftelse af betydning i forhold til den kommunale medfinansiering og tilrettelæggelsen af kommunernes sundhedstilbud.

Arbejdsgruppen afholder 3-4 møder årligt og er sammensat af repræsentanter fra de nordjyske kommuner samt repræsentanter fra Region Nordjylland.

Det er muligt for alle parter, gennem den administrative styregruppe, at henvende sig til gruppen med spørgsmål omhandlende informationer om aktivitetsmønstre i sygehusregi samt om ændringer i patientstrømme og sammensætning.

Krav 4. Hvordan parterne følger op på aftalen.

I det følgende beskrives, hvordan Region Nordjylland og kommunerne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt.

4.1 Evaluering og justering af samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning.

Arbejdsgruppen vil samles igen i forbindelse med evalueringen af samarbejdsaftalen. I den forbindelse vil der ske en opdatering og justering, så eventuelle fejl og u hensigtsmæssigheder undgås.

I forbindelse med opfølgningen vil samarbejdet om den enkelte patient følges kvantitativt, herunder at der sker en reduktion i antallet af genindlæggelser inden for 30 dage. Skulle der mod forventning ske en negativ udvikling, forpligter parterne sig til at forhandle herom med henblik på at justere samarbejdet.

4.1.1 Data til brug for opfølgning på sundhedsaftalen

Den administrative styregruppe har nedsat en arbejdsgruppe vedrørende økonomi og data. Denne arbejdsgruppe følger den aktivitetsmæssige og økonomiske udvikling i relationen mellem det regionale og kommunale samarbejde.

Arbejdsgruppen har følgende opgaver:

- Opfølgning af den kommunale medfinansiering, herunder opfølgning af afregningskørslerne med henblik på at afdække eventuelle systemfejl osv.
- Mulighed for udarbejdelse af prognoser for sygehusaktiviteten i forhold til den kommunale medfinansiering.
- Servicering med data til arbejdsgrupperne omkring sundhedsaftaler, således disse arbejdsgrupper kan følge op på sundhedsaftalerne.
- Gensidig orientering omkring ændringer på sundhedsområdet, herunder drøftelse af betydning i forhold til den kommunale medfinansiering og tilrettelæggelsen af kommunernes sundhedstilbud.

Arbejdsgruppen afholder 3-4 møder årligt og er sammensat af repræsentanter fra de nordjyske kommuner samt repræsentanter fra Region Nordjylland.

4.1.2 Kvalitetsmonitorering i udskrivningsforløb

Udskrivning fra sygehus til Kommune vil ske med udgangspunkt i "*Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning*". Samarbejdsaftalen monitoreres løbende med henblik på funktionalitet og overholdelse i regionen med udgangspunkt i de standarder, der er indeholdt i Den Danske Kvalitetsmodel. Kvalitetsstandarderne i Den Danske Kvalitetsmodel er inddelt i indikatorer, der vil kunne monitorere "*Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning*".

I sygehusregi er det særligt følgende generelle temaer, der har relevans i forhold til samarbejdsaftalen:

- Henvisninger (relevans og indhold af henvisninger)
- Koordinering og kontinuitet, herunder samarbejdsaftaler og kontaktpersoner
- Overdragelse til henholdsvis kommune og praksis
- Patientinformation og kommunikation
- Rehabilitering
- Medicinering

På baggrund af kvalitetsovervågning prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer.

I kommunalt regi er det særligt temaerne koordinering, kontinuitet og overdragelse samt medicinering, der har relevans i forbindelse med samarbejdsaftalen. Kommuner sikrer, at der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist samt, at de udarbejdede handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. På nuværende tidspunkt er det frivilligt om kommunerne vil deltage i den danske kvalitetsmodel. På nuværende tidspunkt er det frivilligt om kommunerne vil deltage i den danske kvalitetsmodel.

På sigt vil også almen praksis være omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel.

Opfølgningen på standarderne i Den danske Kvalitetsmodel vil ske i forbindelse med survey- og akkrediteringsbesøg fra Den Danske Kvalitetsmodel. På områder, hvor der ved indikatormålinger i forbindelse med surveybesøg og akkreditering opdages uhensigtsmæssigheder, der går på tværs af sektorer, drøftes disse i de lokale kontaktudvalg på de somatiske og psykiatriske sygehuse. Emner af mere generel karakter videregives herfra til den administrative styregruppe, jævnfør nedenstående.

4.1.3 Patienttilfredshed

Der foretages årligt patienttilfredshedsundersøgelser af patienters oplevelser af deres behandling på sygehuset. Hvert andet år er undersøgelserne landsdækkende og i modsatte år er undersøgelserne regionsdækkende.

Formålet med patientundersøgelserne er at give sygehusene et redskab til at skabe de nødvendige forbedringer. Her igennem får sygehusene dels mulighed for at vurdere, om tidligere indsatser har båret frugt, dels at udpege områder, hvor der er behov for ekstra opmærksomhed.

4.1.4 Patientsikkerhed

Sundhedspersonale på sygehusene skal indrapportere alle utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen. Rapporteringssystemet skal understøtte en læringskultur, hvor der fokuseres på systemfejl og ikke det enkelte individ.

Det forventes, at patientsikkerhedssystemet på sigt kommer til at omfatte kommunerne.

4.1.5 Servicemål

Servicemålene for de somatiske sygehuse er revideret i forbindelse med overgangen til Region Nordjylland. De reviderede servicemål kommer til at omfatte det psykiatriske sygehus. Revideringen tilpasses processen med etablering af nationale servicemål samt udviklingen i Den Danske Kvalitetsmodel.

De nationale servicemål omhandler:

- Hurtig og klar besked fra henvisning til oplysninger om dato og sted for undersøgelse og behandling
- Ventetid ved livstruende sygdomme
- Ventetid på behandling

De regionale servicemål omhandler:

- Kommunen informeres rettidigt om patientens behov efter udskrivning fra sygehus.
- Hurtig udsendelse af udskrivningsbrev
- Kontaktpersoner

Den endelige implementering af de regionale servicemål forventes at ske i august måned 2008.

4.2 Løbende opfølgning

Der vil løbende være en opfølgning af sundhedsaftalen. Denne vil blandt andet finde sted i relevante arbejdsgrupper, kontaktudvalg på sygehusene samt i de politiske styregrupper.

4.2.1 Kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse

Kontaktudvalgene er et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og sygehus på det mere praktiske plan. Der er mulighed for at udveksle erfaring specifikt om indlæggelser eller i forhold til samarbejdet generelt. Der er mulighed for at drøfte, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller ideer fra henholdsvis sygehus eller kommunerne. Emner kan efter drøftelser i kontaktudvalgene sendes til videre orientering eller behandling i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler. Kontaktudvalgene skal aflevere en hvert andet år aflevere en skriftlig status til den administrative styregruppe.

I kontaktudvalgene deltager sygehusledelserne, kommunerne deltager med det kommunale ledelsesniveau således at indsatsområderne i sundhedsaftalerne er dækket ind. Endvidere deltager sundhedskonsulenterne på sygehuse, praksiskonsulenter fra sygehus og kommune samt en repræsentant fra PLO.

Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte særlige permanenteudvalg til en fokuseret indsats på enkelte områder. I de permanente udvalg er der mulighed for drøftelse af enkeltsager, mens det overordnede samarbejde i forhold til implementering, drift og udvikling af sundhedsaftalerne drøftes i kontaktudvalget.

"Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning" vil løbende blive drøftet i Kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse. Følgende indikatorer vil være en omfattet arbejdet i kontaktudvalgene:

- tidspunkt, indhold og kvalitet i informationen mellem parterne i forbindelse med udskrivningen herunder epikriser
- Koordinering af kapacitet og aktivitetsmønstre i henholdsvis sygehus og kommunalregi
- Behandling af fortolkningsspørgsmål
- Håndtering af og behandling af resultater fra Den Danske Kvalitetsmodel og servicemål.
- Udvikling i samarbejdet omkring udskrivning med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb.
- U hensigtsmæssigheder i indlæggelses og udskrivningsforløb

4.2.2 Politiske styregrupper

I de kommunale/regionale politiske styregrupper, der mødes mindst to gange om året og kan herudover indkaldes efter behov, følges der op på udskrivning med henblik på at sikre den lokale forankring og implementering af sundhedsaftalen. Her følges udviklingen i aktivitet og udgifter i den enkelte kommune, og eventuelle lokale problemstillinger/tvister kan diskuteres og afklares.

4.3 Årlig opfølgning

Til efterårets sidste møde i Sundhedskoordinationsudvalget vil der blive sammenfattet en status som et bidrag til den generelle opfølgning på den samlede sundhedsaftale.

Følgende skal indgå i statusopgørelse:

- vurdering af, om de indgåede aftaler bliver overholdt
- vurdering af, om aftalerne fører til en sammenhængende opgavefordeling
- vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering
- vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer for et sammenhængende patientforløb

Efterfølgende gennemføres der drøftelser mellem regionen og kommuner for at vurdere behovet for eventuel justering af den konkrete arbejdsdeling. Samtidig overvejes det, om elementer i sundhedsaftalen skal ændres.

Den første opfølgning gennemføres ved udgangen af 2009.

4.4 Konflikt håndtering

Aftaleparterne har som udgangspunkt forpligtiget hinanden til at tvister skal løses på lavest mulige niveau. Det vil eksempelvis sige direkte mellem en sygehusafdeling og de kommunale visitatorer.

Er der ikke en umiddelbar løsning, eller er problemstillingen af generel karakter, vil det være naturligt at dette udredes i kontaktudvalgene. anbefalinger herfra kan så efterfølgende behandles i den administrative styregruppe eller i sidste instans i Sundhedskoordinationsudvalget. Afgørelser truffet i Sundhedskoordinationsudvalget forudsættes efterlevet af aftaleparterne.

4.5 Kontaktpersoner

Ved spørgsmål til det faglige indhold i sundhedsaftalen vedrørende udskrivningsforløb for svage, ældre patienter eller ved spørgsmål til sundhedsaftalen generelt kan kontaktoplysninger på relevante kontaktpersoner i Region Nordjylland findes på www.rn.dk

Indsatsområde 2: Indlæggelsesforløb

Krav 1. Hvilke relevante oplysninger om patientens behov m.v., der skal udveksles mellem kommunen, den praktiserende 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.

1.1 Overordnede principper i samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning

I et samarbejde mellem kommune, praktiserende læger og sygehuse er der i 2007 udarbejdet en fælles "Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning". Samarbejdsaftalen henvender sig til alle ansatte i kommuner i Region Nordjylland, ansatte på sygehusene samt til praktiserende læger, lægevagten og speciallæger.

Samarbejdsaftalen omhandler det konkrete sammenhængende patientforløb mellem regionens sygehuse (somatiske og psykiatriske), kommunerne og de praktiserende læger/specialelæger samt beskriver varetagelsen af opgaver i forbindelse med patientens/borgerens indlæggelses- og udskrivningsforløb samt "gråzoneopgaver" mellem sektorerne, hvor det skønnes vigtigt at have formuleret ansvars- og opgavefordelingen mellem de forskellige faggrupper og mellem sektorerne. Aftalen er rammen for samarbejdet. Rammen forudsætter, at der er gode redskaber til at gennemføre den. Det gælder dels de nødvendige IT-redskaber og kommunikation, dels de telefoniske kommunikationsmuligheder, der er beskrevet i aftalen.

Den løbende kontakt mellem kommuner og sygehuse bør som udgangspunkt ske via IT-kommunikation, eventuelt suppleret med telefonisk kontakt. En væsentlig del af gennemførelsen af den regionale samarbejdsaftale er derfor at sikre, at kommunikationen kan ske via IT-kommunikation. De tekniske IT-systemer er generelt på plads, der venter en organisatorisk implementering der er højt prioriteret. Indtil IT-kommunikationen er fyldt implementeret foregår kommunikationen primært via telefonisk kontakt.

Indtil det er muligt at gennemføre al udveksling af informationer elektronisk i forbindelse med udskrivning, udveksles informationer telefonisk med kommunen.

Samarbejdsaftalen omhandler indlæggelse og udskrivning, træningstilbud, forebyggelse og sundhedsfremme samt ændret behov for hjælp ved udskrivning.

Samarbejdsaftalen sikrer en dialog mellem egen læge, praktiserende speciallæger, sygehus og kommune gennem henvisninger, udskrivningskonference, telefonisk og it-baseret udveksling af informationer, genoptræningsplaner m.m..

Samarbejdsaftalen om indlæggelser og udskrivning sikrer ens forløb i forhold til udskrivning og indlæggelser mellem samtlige kommuner og sygehuse i regionen. Således arbejdes med ens praksis i hele Nordjylland.

Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning er efter godkendelse i den administrative styregruppe i foråret 2008 udsendt til relevante parter medhenblik på implementering i kommuner og på sygehuse.

Samarbejdsaftalen er tilgængelig for alle parter på www.rn.dk.

1.2 Kontakt mellem kommune og region

Med henblik på at sikre det gode sammenhængende patientforløb skal der være mulighed for kontakt mellem kommunen og sygehuset hele døgnet. Dette sker via IT-kommunikation (elektronisk udveksling af data) ved patienter med mindre eller uændret behov for hjælp eller telefonisk kontakt til kommunen ved udskrivelse af akutte korttidsindlagte patienter.

Det er aftalt at kommunerne og sygehusene udarbejder en oversigt over telefonnumre i såvel dag- som vagttid. På disse telefonnumre skal det være muligt at "melde af", således at såvel sygehuse som kommuner har ét kontaktpunkt med samarbejdsparten. Det vil dermed være det enkelte sygehus og den enkelte kommunes ansvar at sikre den interne kommunikation og organisering med henblik på at overholde aftalen om ét kontaktpunkt.

1.3 Elektronisk udveksling af informationer ved indlæggelse

Elektronisk udveksling af informationer er en fremtidig forudsætning for en helhedsorienteret indsats overfor borgeren fra kommune, sygehus og læge i Region Nordjylland. Effektiv og sikker udveksling af informationer ved indlæggelse, der samtidig skaber det sammenhængende patientforløb, er dog stadig et udviklingsområde. Parterne forpligter sig til i aftaleperioden at øge mulighederne for elektronisk udveksling af informationer i forbindelse med indlæggelse.

1.4 Indlæggelse i samarbejdsaftalen

1.4.1 Før indlæggelse

- Henvisende læge sender en fyldestgørende henvisning til den relevante afdeling på Sygehuset.
- Ved planlagt indlæggelse på det somatiske område kvitterer sygehuset for modtagelse af henvisning inden for 8 dage. Kvitteringen tilgår såvel borgeren som den praktiserende læge, og der meddeles samtidig et tidspunkt for forundersøgelse/behandling. Fra henvisning til behandling påbegyndes må der maksimalt gå 1 måned, ellers skal patienten have tilbud om at benytte det udvidede frie sygehusvalg.
- Ved planlagte indlæggelser på det psykiatriske område kvitterer sygehuset for modtagelse af henvisning inden for 8 dage. Kvitteringen tilgår såvel borgeren, som den praktiserende læge, og der meddeles samtidig et tidspunkt for udredning/forundersøgelse/behandling.

I dag har psykiatriske patienter ret til frit at vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de specialsygehuse m.fl., der specifikt er nævnt i sundhedsloven (det frie valg). I modsætning til somatiske patienter har psykiatriske patienter imidlertid ikke ret til at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

(Der er fremsat lovforslag om det udvidede frie valg for børne- og ungdomspsykiatriske patienter jf. nedenstående – lovforslag bortfalder ved udskrivelse af valg og skal genfremsættes)

Hvis lovforslaget vedtages som det forelå til høring indføres pr. 1/1 2008 for patienter, der på henvisningstidspunkt er under 19 år en ret til at blive undersøgt på et aftalesygehus (privat klinik eller sygehus, som regionerne har aftale med), hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for 2 måneder.

Fra 1/1 2009 får disse patienter yderligere ret til behandling på aftalesygehuse, hvis udredningen viser, at et hurtigt behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien er nødvendigt for at undgå forværring af sygdommen, og hvis ventetiden på behandlingen overstiger 2 måneder.

”Undersøgelse” defineres som den udredning, der er nødvendig for at vurdere, om patienten har en psykisk lidelse og tage stilling til, om patienten skal behandles og i givet fald hvilken behandling, der skal iværksættes.

Målgruppen for den udvidede behandlingsret er de patienter, hvor udredningen har vist, at tilstanden bliver forværret, hvis behandling efter endt udredning ikke påbegyndes inden 2 måneder.

- Egen læge vurderer muligheden for forebyggende tiltag i forbindelse med et forventet behandlingsforløb, og ved forundersøgelsen følger sygehuset op på de forebyggende foranstaltninger kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) i relation til det videre behandlingsforløb i sygehusregi.
- Ved forundersøgelse iværksætter sygehuset præ operativ træning ved behov.
- Vurderer sygehuset, at borgeren vil have behov for hjælp (fx hjemmepleje, hjemmesygepleje, træning eller lignende) efter behandlingen, tages der kontakt til den kommunale visitation.

1.4.2 Ved indlæggelse

- Sygehuset sender automatisk indlæggelsesadvis på alle borgere, som bliver indlagt, til kommunens omsorgssystem (hvor og hvornår borgeren er blevet indlagt).
- Sygehuset indhenter samtykke fra patienten til brug for udveksling af informationer mellem sygehus og kommunen.
- 1. Indlæggelsesrapport – Kommunen sender automatisk indlæggelsesrapport til afdelingen. Indeholder oplysninger om:
 - Afsender Kommune, evt. med angivelse af lokalområde
 - Modtager Sygehus (afdeling, afsnit)
 - Patient CPR-nummer, navn, adresse

Når det bliver teknisk muligt skal 1. indlæggelsesrapport udvides med følgende oplysninger:

- Patientens egen læge
 - Pårørende
 - Kontaktperson Kommune
 - Hjælpemidler
 - Ydelse
 - Medicin
- 2. Indlæggelsesrapport (indeholder også oplysninger fra 1. indlæggelsesrapport). Kommunen sender 2. indlæggelsesrapport senest 24 timer efter indlæggelsen, ved indlæggelser i weekend/-helligdage dog senest næste hverdag kl. 13.00 for borgere, der modtager hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje. Hvis der er uddybende oplysninger om funktions-/færdighedsvurdering eller sociale forhold, venteliste oplysninger eller boligforhold indføres disse.

Indeholder oplysninger om:

- Resumé af patientens helbredstilstand
 - Evt. funktions- /færdigheds vurdering/træningsforløb
 - Evt. sociale forhold, boligforhold
 - Evt. årsag til indlæggelsen
 - Evt. om pårørende er informeret
 - Evt. kommentarer til ydelser, hjælpemidler /medicin
- Ved behov for yderligere oplysninger under indlæggelsen kontakter sygehuset kommunens visitation eller egen læge pr. telefon eller e-post.
 - Borgeren medbringer ajourført medicinliste.
 - Borgeren har selv ansvaret for at medbringe specialindrettet kørestol, ganghjælpemidler og evt. kropsbårne hjælpemidler.

1.5 Medicin

Samarbejdsaftalen om medicinsk behandling er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens "Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler" fra 30. juni 2006. Samarbejdsaftalen om medicin omfatter:

- Medicinsk behandling i forbindelse med indlæggelse
 - Håndtering af medicin før indlæggelse
 - Håndtering af medicin ved indlæggelse
- Håndtering af medicin ved udskrivning
- Medicinsk behandling i forbindelse med ambulante forløb

1.6 De praktiserende læger

De praktiserende læger har som beskrevet ovenfor samt i samarbejdsaftalen om indlæggelser og udskrivning en central rolle i forbindelse med indlæggelser og udskrivning.

Ud over i det praktiske samarbejde inddrages de praktiserende læger løbende i opfølgning og udvikling omkring sundhedsaftalerne, samt i samarbejdet mellem de involverede parter.

De praktiserende læger har deltaget i udarbejdelsen af samarbejdsaftalen samt i andre arbejdsgrupper nedsat af den administrative styregruppe vedr. sundhedsaftaler.

I Sundhedskoordinationsudvalget og den administrative styregruppe deltager repræsentanter fra PLO.

I kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse deltager repræsentanter fra PLO, samt praksiskonsulenter fra henholdsvis sygehus og kommune.

En praksisplan er underudarbejdelse i Region Nordjylland. En proces der er foregået med kommunaldeltagelse.

1.7 Kontaktperson

Samtlige indlagte og ambulante patienter får ved kontakten til sygehuset tildelt en fast, navngiven sundhedsfaglig kontaktperson (læge, sygeplejerske m.v.), som kan kontaktes af patienten i forbindelse med behandlingsforløbet for dermed at øge kvaliteten, sammenhængen og trygheden i behandlingen. Kontaktpersonen har et særligt ansvar for sikring af sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb. Der er følgende krav/forventninger gældende for kontaktpersonordningen:

- At der ved indlæggelse er udpeget en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen
- At der for ambulante patienter med mere end et ambulante besøg er udpeget en kontaktperson
- At kontaktpersonen er direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet)
- At navnet på kontaktpersonen er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt og at dette er dokumenteret i journalen
- At patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer.

Krav 2. Hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

2.1 Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser

En arbejdsgruppe med deltagelse af kommuner, praktiserende læger og sygehus har i 2007 beskrevet, hvordan kommuner, praktiserende læger og regionen i fællesskab sikrer en koordination af kapacitet og samarbejde med henblik på, at udredning, behandling samt pleje varetages på det mest hensigtsmæssige specialiseringsniveau.

Arbejdsgruppens rapport har til hensigt med udgangspunkt i et idékatalog at pege på udviklingsmuligheder i forbindelse med at sikre hensigtsmæssige indlæggelser. Målet er et tilpasset og mere differentieret behandlingstilbud i såvel primær som sekundær sektor i tråd med Leon-princippet princippet, der indebærer, at behandlingen altid skal tilbydes på det **Laveste Effektive Omsorgs Niveau** (LEON-princippet).

Der er enighed mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland om, at det fremadrettede arbejde vil tage udgangspunkt i den overordnede strategi, der imødekommer LEON-princippet, dvs. princippet om lavest effektive omsorgsniveau.

Initiativer i relation til at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser finder sted i et samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og sygehuse i kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse, se nedenstående.

2.1.1 Definition af uhensigtsmæssige indlæggelse:

Den fælles af uhensigtsmæssige indlæggelser er:

- Indlæggelser, som er betinget af ikke-somatiske forhold, men af forskellige sociale og/eller plejemæssige årsager (dvs. borgere uden et medicinsk begrundet behov for udredning eller behandling) og hvor der i indlæggelsesøjeblikket ikke findes alternativer til indlæggelse

Og/eller

- Indlæggelser, der kunne forebygges, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt, men hvor patienten på indlæggelsestidspunktet, efter lægelig vurdering, ikke kan behandles under anden form end den akutte indlæggelse.

2.2 Det fremadrettede arbejde med at sikre hensigtsmæssige indlæggelser

Kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse har en central rolle i det fremadrettede arbejde med at sikre hensigtsmæssige indlæggelser, herunder endelig afklaring vedrørende implementering af nye tiltag.

Dette skal ses i lyset af, at kontaktudvalget netop er et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem kommune, praktiserende læge og sygehus på det mere praktiske plan. I kontaktudvalgene er der mulighed for at udveksle erfaring omkring meget specifikke emner eller i forhold til samarbejdet mere generelt, og der er mulighed for at drøfte, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller ideer fra henholdsvis sygehuset eller kommunerne. Det anbefales, at Kontaktudvalgene nedsætter permanente praktiske samarbejdsfora med fokus på uhensigtsmæssige indlæggelser.

Kontaktudvalgene har ansvaret for, at der udarbejdes en handlingsplan for igangsatte interventioner, og at de iværksatte forslag efterfølgende evalueres. Kontaktudvalgene afrapporterer til den administrative styregruppe.

Opgaver i kontaktudvalgene i forhold til uhensigtsmæssige indlæggelser:

- Gennemgang af journaler (journal audit), individ-baseret udtræk m.m. med henblik på at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser.
- At der som udgangspunkt for denne opgave løbende udarbejdes kommunefordelt oversigter baseret på PAS-data vedrørende:
 - Udvalgte diagnosegrupper med mange akut indlagte patienter med akutte genindlæggelser indenfor samme diagnosegruppe
 - Patienter med mange akutte indlæggelser i løbet af et år i det nordjyske sygehusvæsen på tværs af diagnosegrupper

Arbejdet skal foregå i en kontinuerlig proces tæt på patienten.

Fokus for kontaktudvalgene skal således være, at identificere patientgrupper, hvor AEP-kriterierne er opfyldt, men hvor indlæggelsen kunne være forebygget ved en tidlig opsporing og forebyggende indsats. Kontaktudvalgene har endvidere ansvaret for at iværksætte de fornødne indsatser samt ansvaret for, at der iværksættes evalueringer af de tiltag, som igangsættes.

2.2.1 Tidlig opsporing og forebyggende handlinger

I kontaktudvalgene skal der arbejdes med tidlig opsporing af indikatorer som et første skridt i retningen af at forhindre uhensigtsmæssige indlæggelser. I den forbindelse skal der arbejdes hen imod:

- At kommunerne og regionen i fællesskab sikrer, at der er konkrete og klare retningslinjer for opsporing og at der handles ud fra disse. Allerede etablerede kontakter kommunerne har med borgeren til at forebygge potentielle indlæggelser foreslås videreført, ligesom de kontakter, praktiserende læger har med patienten til at forebygge potentielle indlæggelser foreslås udnyttet.

- At kommuner og region i fællesskab sikrer klare retningslinjer for opsporing og handlinger på tværs af sektorer, herunder etablerer opsøgende foranstaltninger med henblik på at forebygge potentielle indlæggelser blandt borgere, der ikke har kontakt med kommune eller praktiserende læge.

- At kommunerne og regionen er opmærksomme på opsporing af sårbare patienter i udskrivningsøjeblikket, som kunne være i risikogruppe for genindlæggelse kort tid efter udskrivningen, herunder hvilke foranstaltninger, der skal iværksættes for at undgå genindlæggelse.

2.2.2 Idékatalog i relation til at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser

Til inspiration for arbejdet i kontaktudvalgene har den nedsatte arbejdsgruppe udarbejdet et idékataloget til inspiration for hvilke initiativer, der kan igangsættes i forbindelse med at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser.

Idékataloget indeholder en beskrivelse af allerede kendte muligheder, som findes i såvel kommunalregi som i sygehusregi i Region Nordjylland i relation til alternative indlæggelser. Endvidere er beskrevet en række konkrete forslag, der kan gennemføres i samarbejde mellem sekundær og primær sektor, kommunerne samt regionen med henblik på blandt andet den patientrettede forebyggelse og opsporing i forbindelse med at undgå og nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. Idékataloget kan findes på www.rn.dk

Udover anvendelsen af idékataloget i kontaktudvalgene er der mulighed for at indarbejde initiativer i de bilaterale samarbejdsaftaler med den enkelte kommune.

2.2.3 Allerede kendte muligheder i kommunalregi som sygehusregi i relation til alternative indlæggelser

Følgende er eksempler på allerede kendte muligheder, som findes i såvel kommunalregi som i sygehusregi i Region Nordjylland i relation til alternativ til indlæggelser.

Hvilke tiltag er der i forhold til at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser:

- Faldforebyggelse tilknyttet hjemmesygeplejen og på plejecentrene
- Forebyggelse af fejlmedicinering, reduktion af sovemedicin, uhensigtsmæssig brug af psykofarmacia
- Forebyggelse og behandling af sår for at forebygge infektioner
- Udredning, råd og vejledning i forbindelse med inkontinens herunder forebyggelse af UVI
- Udredning, støtte og supervision vedr. demens (dagtilbud for demente)
- Samarbejde vedr. palliation i hjemmet
- Demenskoordinator
- Nødkaldeanlæg
- Fast vagt i hjemmet
- Forebyggende hjemmebesøg
- Observation fra hjemmesygepleje og hjemmepleje
- Besøgsvenner
- Aktivitetscenter der giver netværk
- Udførende terapeuter til at varetage genoptræningsplaner
- Fokus på væskebalance
- Funktionsbevarende indsats
- Fokus på småtspisende
- Kompetenceudvikling af personale i relation til "fremtidens ældrepleje"
- Forebyggelse og sundhedsfremme (bl.a. rygestop, motion på recept)
- Diabetesindsats
- Tidlig hjemmetræning af apopleksiramte
- Døgnbemandet vagtcentral
- Rehabiliteringstilbud til KOL patienter
- Aflastningspladser
- Sygeplejeklinik vedr. råd og vejledning om sundhed og sygdom
- Primærsygeplejersker der har specialistfunktioner vedr. sår, inkontinens og palliation

Hvilke alternativer er der til indlæggelser

- Korttidsophold på flere af kommunens plejecentre
- Demensaflastningspladser
- Gerontopsykiatrisk team
- Geriatrisk team
- Somatiske aflastningspladser på plejehjemmene
- Fast vagt
- Aflastningsstuer på ældrecentre
- Palliativt team
- "Projekt tidlig hjemmetræning af apopleksipatienter
- Dag-nat pladser
- Afløsning i hjemmet til især dement ramte
- Afklaringscenter
- Døgnpladser til midlertidige ophold

Hvilke konsekvenser har alternativerne haft

- Indlæggelser i konkrete situationer er undgået.
- At borgere i nogle tilfælde har fået styrket deres funktionsniveau, så de kan mestre forskellige funktioner ex. øget gangfunktion.
- Gode erfaringer med palliative teams. Der undgås panikindlæggelser bl.a. vedr. palliative patienter
- I aflastningsperioder kan borgerne blive vurderet og "causa socialis" indlæggelser kan undgås.
- Afklaringscentre har nedsat antallet af indlæggelser og længden af indlæggelser.
- Dag-nat pladser har afværget indlæggelser
- Afløsning i hjemmet har støttet og aflastet.
- Aflastningspladser anvendes fleksibelt i forhold til behov for traditionel aflastning, genoptræning og som alternativ til mere akutte indlæggelser

Generelt har de konkrete iværksatte initiativer ikke været evalueret, men en række erfaringer viser, at indlæggelser i forskellige konkrete situationer er undgået.

Teams og funktioner sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland

Der er i Region Nordjylland blandt andet etableret følgende udgående teams og funktioner sygehusene/sektorerne i Region Nordjylland, der kan hindre uhensigtsmæssige indlæggelser eller genindlæggelser:

1. Palliative teams
2. Distriktspsykiatrisk teams
3. Geriatrisk team og følge-hjem-ordning
4. Følge-hjem-team
5. Handicapteam
6. Hjemmetræning i forbindelse med rehabilitering af hjerneskade

2.2.4 Konkrete forslag til initiativer med henblik på at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser

Der vil i et samarbejde arbejdes videre med følgende initiativer:

- Der kan være et potentiale i forbindelse med etablering af sygeplejeklinikker både i relation til tidlig opsporing og i forhold til forebyggende behandlinger. Det foreslås derfor, at muligheden for etablering af sygeplejeklinikker undersøges nærmere. Det foreslås, at allerede etablerede sygeplejeklinikker evalueres.
- Det foreslås, at muligheden for indførelse af akutte ambulante tider gennemgås nærmere herunder en udredning i forhold til kapacitet, ressourcer m.v.
- Det foreslås, at der arbejdes videre med at udbygge "følge-hjem-ordningen". Det foreslås, at sygehusene peger på patientkategorier, som med fordel kan drage nytte af ordningen. Endvidere foreslås, at det undersøges, hvorvidt sygeplejerske/terapeut-teams kan varetage udvalgte opgaver selvstændigt i samarbejde med stamafdelingen.
- Det foreslås, at behovet for etablering af korttidspladser undersøges, idet korttidspladser muligvis kan forbygge uhensigtsmæssige indlæggelser, men også hindre genindlæggelser. Korttidspladser er tiltænkt borgere, der har behov for ekstra støtte i en kortere periode. Det foreslås endvidere, at de allerede etablerede korttidspladser evalueres.
- Det foreslås, at der rettes endnu større fokus på samarbejdet med de praktiserende læger, sygehusene og kommunerne med henblik på gennemgang af medicinlister hos borgere, når de starter med at få kommunale pleje-/omsorgsydelser. Det foreslås, at der foretages fornyet gennemgang af medicinlisten, når borgeren får ny medicin samt rutinemæssig gennemgang af medicin hvert år. Det foreslås endvidere, at det skal være muligt at udveksle oplysninger om interventioner mellem læge, apotek, hjemmesygepleje m.v. i elektronisk form. Den kommende personlige elektroniske medicinprofil anses for et væsentligt element i at skabe bedre sammenhæng i patientforløb og sikre korrekt og ens viden hos relevante parter i forhold til patienters medicinanvendelse.

- Det foreslås, at etablering af akutteams i kommunalt undersøges nærmere i arbejdet vedrørende forebyggende handling i relation til at forhindre uhensigtsmæssige indlæggelser. Kommunerne har en væsentlig rolle i forbindelse med initiativtagningen samt iværksættelsen.
- Det foreslås, at samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunerne styrkes. Det foreslås, at kommunerne formidler den nødvendige information videre til de praktiserende læger således, at de praktiserende læger altid har det fornødent kendskab til de kommunale forebyggelsesindsatser og kommunale tilbud, der er etableret som alternativ til sygehusbehandling. Det foreslås også, at der, i det omfang det er nødvendigt, indgås aftaler med almen praksis om brug af og henvisning til kommunale tilbud.
- Generelt foreslås formidling af information mv. organiseret via de allerede etablerede kontaktudvalg, praksiskonsulentordningerne samt tilbudsportalen.
- Det foreslås, at mulighederne for iværksættelse af aftalte forebyggelseskonsultationer undersøges og konkretiseres nærmere, og at initiativet forankres i hjemmeplejen.

2.3 Informations- og kommunikationsteknologi

Der er i regionen igangsat et arbejde med at afdække nye muligheder for øget anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi (IKT) i relation til patienter i eget hjem. Der er i den forbindelse peget på, at IKT kan anvendes ved elektronisk kommunikation mellem sygehus, egen læge og omsorgspersonale i kommunerne. Samtidig er IKT også et element i et tættere samarbejde omkring kronisk syge patienter.

2.4 Kroniske sygdomme

Region Nordjylland og de 11 kommuner har indgået aftale om, at der i løbet af 2008 udarbejdes frivillige sundhedsaftaler om 9 kroniske sygdomme, Hjerte-kan, KOL, Diabetes, Muskel-skelletlidelser, Overfølsomhedssygdomme, Osteoporose, Forebyggelse, Kræftsygdomme, Psykiske lidelser samt Demens. Der indgået aftale om en fælles strategi og organisatorisk ramme for indsatsen, der bygger på nationale anbefalinger.

I aftalerne indgår en målrettet indsats overfor kroniske sygdomme, som indebærer en forebyggelsesindsats på forskellige niveauer med fokus på risici og på tidlig opsporing, således at man for det første forebygger, at sygdom opstår samt at en udvikling og forværring af sygdommen forhindres, således at man i sidste instans undgår en indlæggelse.

2.5 Cancerdiagnoser

I forhold til lidelser, der er knyttet til cancerdiagnoser, er der igangsat arbejde omkring optimering af patientforløb for udvalgte akutte kræftformer. I dette arbejde er der fokus på akut udredning og behandling, således at diagnosticering påbegyndes inden for maksimalt 48 timer, når der er begrundet mistanke om kræft.

2.6 Forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser

Der er i et samarbejde mellem de nordjyske kommuner og region Nordjylland udarbejdet en IT-baseret forebyggelsesportal www.nordjysksundhed.dk. Af NordjyskSundhed.dk fremgår forebyggelsestilbud i kommune, sygehus og almen praksis til brug for borger samt sundhedspersonale i henholdsvis kommune og region. Den lette adgang til forebyggelses tilbud vil være medvirkende til, at der gøres en tidlig indsats som måske kan forebygge indlæggelse.

2.6 Region Nordjyllands strukturplan

Regionsrådet i Region Nordjylland har vedtaget en ny sygehusstruktur. En af forudsætningerne i planen er, at Region Nordjylland vil kunne tilbyde subakutte tider i betydelig større omfang, end tilfældet er i dag med henblik på patientudredning, så indlæggelser kan forhindres. Der er enighed om, at denne mulighed for at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser udredes mellem Kommunen og det enkelte Sygehus.

2.7 Koordinering af kapacitet

Koordinering af kapacitet varetages primært af de lokale kontaktudvalg. Der er etableret kontaktudvalg på de somatiske og psykiatriske sygehuse med det formål at understøtte implementeringen og udviklingen af sundhedsaftalerne i samarbejdet med mellem sygehus, kommune og praktiserende læger. Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte permanente udvalg til varetage samarbejdet i forhold til konkrete problemstillinger.

Kontaktudvalgene vil endvidere være et forum for løbende overvågning og tilpasning af kapacitet, herunder udveksling af kapacitetsmæssige spørgsmål i forhold til omstruktureringer, omlægning af behandling og pleje mv. Herudover vil der i kontaktudvalgene ske en udveksling af informationer om aktivitetsmønstre herunder ændringer i patientstrømme og sammensætning.

2.7.1 Kapacitetsændringer af større omfang

Parterne er gensidigt forpligtet til at orientere hinanden om kapacitetsmæssige ændringer af større omfang. Ændringer af denne karakter forelægges den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler samt sundhedskoordinationsudvalget.

Krav 3. Hvordan parterne følger op på aftalen

I det følgende beskrives, hvordan Region Nordjylland og kommunerne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt.

3.1 Evaluering og justering af samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning.

Kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse har en central rolle i arbejdet med at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser. Monitoreringen af indsatsen for at hindre uhensigtsmæssige indlæggelser vil derfor foregå i kontaktudvalgene.

Monitoreringen vil primært finde sted i forhold til:

- Gennemgang af journaler (journaler audit), individbaseret udtræk mv.
- Udarbejdelse af kommunefordelt oversigter baseret på PAS-data:
 - diagnosegrupper med mange akut indlagte Patienter med akutte genindlæggelser indenfor samme diagnosegruppe
 - Patienter med mange akutte indlæggelser i løbet af et år i det nordjyske sygehusvæsen på tværs af diagnosegrupper.
- Evaluering af igangsatte tiltag

Kontaktudvalgene har ansvaret for at iværksætte de fornødne indsatser der må være relevante i forbindelse med ovenstående monitorering.

Kontaktudvalgene afrapporterer til den administrative styregruppe.

3.3 Data til brug for opfølgning på sundhedsaftalen

Den administrative styregruppe har nedsat en arbejdsgruppe vedrørende økonomi og data. Denne arbejdsgruppe følger den aktivitetsmæssige og økonomiske udvikling i relationen mellem det regionale og kommunale samarbejde.

Arbejdsgruppen har følgende opgaver:

- Opfølgning af den kommunale medfinansiering, herunder opfølgning af afregningskørslerne med henblik på at afdække eventuelle systemfejl osv.
- Mulighed for udarbejdelse af prognoser for sygehusaktiviteten i forhold til den kommunale medfinansiering.
- Servicering med data til arbejdsgrupperne omkring sundhedsaftaler, således disse arbejdsgrupper kan følge op på sundhedsaftalerne.
- Gensidig orientering omkring ændringer på sundhedsområdet, herunder drøftelse af betydning i forhold til den kommunale medfinansiering og tilrettelæggelsen af kommunernes sundhedstilbud.

Arbejdsgruppen afholder 3-4 møder årligt, den er sammensat af repræsentanter fra de nordjyske kommuner samt repræsentanter fra Region Nordjylland.

3.4 Kvalitetsmonitorering i indlæggelsesforløb

Udskrivning fra sygehus til Kommune vil ske med udgangspunkt i "*Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning*". Samarbejdsaftalen monitoreres løbende med henblik på funktionalitet og overholdelse i regionen med udgangspunkt i de standarder, der er indeholdt i Den Danske Kvalitetsmodel. På sigt vil også almen praksis være omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel. Kvalitetsstandarderne i Den Danske Kvalitetsmodel er inddelt i indikatorer der vil kunne monitorere "*Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning*".

I sygehusregi er det særligt følgende generelle temaer der har relevans i forhold til samarbejdsaftalen:

- Henvisninger (relevans og indhold af henvisninger)
- Koordinering og kontinuitet, herunder samarbejdsaftaler og kontaktpersoner
- Overdragelse til henholdsvis kommune og praksis
- Patientinformation og kommunikation
- Rehabilitering
- Medicinering

På baggrund af kvalitetsovervågning prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer. I kommunalt regi er det særligt temaerne koordinering, kontinuitet og overdragelse samt medicinering, der har relevans i forbindelse med samarbejdsaftalen. Kommuner sikrer, at der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist, samt at de udarbejdede handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. På nuværende tidspunkt er det frivilligt om kommunerne vil deltage i den danske kvalitetsmodel.

Opfølgningen på standarderne i Den danske Kvalitetsmodel vil ske i forbindelse med survey- og akkrediteringsbesøg fra Den Danske Kvalitetsmodel. På områder, hvor der ved indikatormålinger i forbindelse med surveybesøg og akkreditering opdages uhensigtsmæssigheder, der går på tværs af sektorer, drøftes disse i de lokale kontaktudvalg på de somatiske og psykiatriske sygehuse. Emner af mere generel karakter videregives herfra til den administrative styregruppe, jævnfør nedenstående.

3.5 Patienttilfredshed

Der foretages årligt patienttilfredshedsundersøgelser af patienters oplevelser af deres behandling på sygehuset. Hvert andet år er undersøgelserne landsdækkende, og i modsatte år er undersøgelserne regionsdækkende.

Formålet med patientundersøgelserne er at give sygehusene et redskab til at skabe de nødvendige forbedringer. Her igennem for sygehusene mulighed for at vurdere dels, om tidligere indsatser har båret frugt, dels hvilke områder, det er nødvendigt at give ekstra opmærksomhed.

3.6 Patientsikkerhed

Sundhedspersonale på sygehusene skal indrapportere alle utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen. Rapporteringssystemet skal understøtte en læringskultur, hvor der fokuseres på systemfejl og ikke det enkelte individ.

Det forventes, at patientsikkerhedssystemet på sigt kommer til at omfatte kommunerne.

3.7 Servicemål

Servicemålene for de somatiske sygehuse er revideret i forbindelse med overgangen til Region Nordjylland. De reviderede servicemål kommer til at indeholde det psykiatriske sygehus. Revideringen tilpasses processen med etablering af nationale servicemål samt udviklingen i Den Danske Kvalitetsmodel.

De nationale servicemål omhandler:

- Hurtig og klar besked fra henvisning til oplysninger om dato og sted for undersøgelse og behandling
- Ventetid ved livstruende sygdomme
- Ventetid på behandling

De regionale servicemål omhandler:

- Kommunen informeres rettidigt om patientens behov efter udskrivning fra sygehus.
- Hurtig udsendelse af udskrivningsbrev
- Kontaktpersoner
- Den endelige implementering af de regionale servicemål vil sker i august 2008 forudsat, at IT-afdelingen kan få gennemført og implementeret de fornødne ændringer.

3.8 Løbende opfølgning

Der vil løbende være en opfølgning af sundhedsaftalen. Denne vil blandt andet finde sted i relevante arbejdsgrupper, kontaktudvalg på sygehusene samt i de politiske styregrupper.

3.8.1 Kontaktudvalgene

Kontaktudvalgene er et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og sygehus på det mere praktiske plan. Der er mulighed for at udveksle erfaring specifikt om indlæggelser eller i forhold til samarbejdet generelt. Der er mulighed for at drøfte, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller ideer fra henholdsvis sygehus eller kommunerne. Emner kan efter drøftelser i kontaktudvalgene sendes til videre orientering eller behandling i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler. Kontaktudvalgene skal aflevere en hvert andet år aflevere en skriftlig status til den administrative styregruppe.

I kontaktudvalgene deltager sygehusledelserne, kommunerne deltager med det kommunale ledelsesniveau således at indsatsområderne i sundhedsaftalerne er dækket ind. Endvidere deltager sundhedskonsulenterne på sygehuse, praksiskonsulenter fra sygehus og kommune samt en repræsentant fra PLO.

Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte særlige permanenteudvalg til en fokuseret indsats på enkelte områder. I de permanenteudvalg er der mulighed for drøftelse af enkeltsager mens det overordnede samarbejde i forhold til implementering, drift og udvikling af sundhedsaftalerne drøftes i kontaktudvalget. Det anbefales, at der nedsættes et udvalg med henblik på at hindre u hensigtsmæssige indlæggelser se 4.3

"Samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning" vil løbende blive drøftet i Kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse. Følgende indikatorer vil være en omfattet arbejdet i kontaktudvalgene:

- tidspunkt, indhold og kvalitet i informationen mellem parterne i forbindelse med udskrivningen herunder epikriser
- Koordinering af kapacitet i henholdsvis sygehus og kommunalregi
- Behandling af fortolkningsspørgsmål
- Håndtering af og behandling af resultater fra Den Danske Kvalitetsmodel og servicemål.
- Udvikling i samarbejdet omkring udskrivning med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb.
- U hensigtsmæssige indlæggelser

3.8.2 Politiske styregrupper

I de kommunale/regionale politiske styregrupper, der mødes mindst to gange om året og kan herudover indkaldes efter behov, følges der op på udskrivning med henblik på at sikre den lokale forankring og implementering af sundhedsaftalen. Her følges udviklingen i aktivitet og udgifter i den enkelte kommune, og eventuelle lokale problemstillinger/tvister kan diskuteres og afklares.

3.9 Årlig opfølgning

Til efterårets sidste møde i Sundhedskoordinationsudvalget vil der blive sammenfattet en status som et bidrag til den generelle opfølgning på den samlede sundhedsaftale.

Følgende skal indgå i statusopgørelse:

- vurdering af, om de indgåede aftaler bliver overholdt
- vurdering af, om aftalerne fører til en sammenhængende opgavefordeling
- vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering
- vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer for et sammenhængende patientforløb

Efterfølgende gennemføres der drøftelser mellem regionen og den enkelte kommune for at vurdere behovet for eventuel justering af den konkrete arbejdsdeling. Samtidig overvejes det, om elementer i sundhedsaftalen skal ændres.

Den første opfølgning gennemføres ved udgangen af 2009.

3.10 Konflikt håndtering

Aftaleparterne har som udgangspunkt forpligtiget hinanden til at tvister skal løses på lavest mulige niveau. Det vil eksempelvis sige direkte mellem en sygehusafdeling og de kommunale visitatorer.

Er der ikke en umiddelbar løsning, eller er problemstillingen af generel karakter, vil det være naturligt at dette udredes i kontaktudvalgene. Anbefalinger herfra kan så efterfølgende behandles i den administrative styregruppe eller i sidste instans i Sundhedskoordinationsudvalget. Afgørelser truffet i Sundhedskoordinationsudvalget forudsættes efterlevet af aftaleparterne.

3.11 Kontaktpersoner

Ved spørgsmål til det faglige indhold i sundhedsaftalen vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt arbejdet med kronikerorganisering eller ved spørgsmål til sundhedsaftalen generelt kan kontaktoplysninger på relevante kontaktpersoner i Region Nordjylland findes på www.rn.dk

Indsatsområde 3: Træningsområdet

Krav 1. 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 med tredje part.

Genoptræningsområdet er reguleret ved Lov om sundhed (sundhedsloven) og Lov om social service (serviceloven). Endvidere er Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Socialministeriets regler om kommunernes og regionernes ansvar på træningsområdet samlet i Vejledning om træning i kommuner og regioner (træningsvejledningen).

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus er det materiale, der grundlæggende regulerer arbejdsdelingen mellem Kommunen og Region Nordjylland.

Kommunerne har fået myndighedsansvaret for al træning – både genoptræning og vedligeholdelsestræning m.v. efter udskrivning fra et sygehus – bortset fra træning, der ydes af regionen under indlæggelse i sygehusvæsenet. Endvidere skal genoptræningsydelser leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis en patient har behov for specialiseret, ambulante genoptræning, der forudsætter et sygehus' ekspertise, understyr mv.

I sundhedsloven er det fastlagt, at genoptræning skal ydes på et sygehus (= specialiseret genoptræning) i følgende situationer;

1. Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
2. Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

I denne situation har kommunen myndighedsansvaret for opgaven, mens det regionale sygehusvæsen har driftsansvaret.

4.1 Arbejdsdeling mellem Kommune og Region Nordjylland

Arbejdsdelingen mellem Region Nordjylland og kommunen følger ovennævnte opdeling således, at kommunen selv varetager al ikke-specialiseret ambulante genoptræning (almen genoptræning). Såfremt kommunen har indgået aftaler med tredje part om levering af genoptræningsydelser, beskrives dette i den bilaterale aftale.

Med henblik på at præcisere denne arbejdsdeling er der nedsat en underarbejdsgruppe under følgegruppen på genoptræningsområdet, der skal arbejde med at udvikle en vejledning, som angiver snitfladerne mellem den almene og den specialiserede genoptræning opdelt på diagnose. Vejledningen skal dermed bidrage til at præcisere hvilke forløb, der forventes at skulle foregå i sygehusregi. Arbejdet med udvikling af vejledning pågår stadig. Som en integreret del af arbejdet med udvikling af vejledningen foregår et arbejde med at udarbejde forløbsbeskrivelser for udvalgte diagnosegrupper. På udvalgte områder, er der allerede inden indgåelse af sundhedsaftalerne tilsendt kommunerne beskrivelser af genoptræningsforløb, det drejer sig om følgende områder:

Ryg:	Deseopererede og diskusopererede
Knæ:	ACL (forreste korsbånd) opererede og konservativ træning af ACL og PCL (bageste korsbånd)
Lår:	Collum Femoris frakturer (lårbensbrud)
Kræft:	Cancer Mammae opererede (brystopererede)
KOL:	Patienter med KOL (Kronisk Obstruktiv Lungelidelse)

Det er dog vigtigt at fastslå, at det ikke alene er patientens diagnose, men ofte patientens tilstand, herunder sygdommens sværhedsgrad, der afgør, om patienten efter udskrivning fra sygehus skal have specialiseret eller almen genoptræning. Afgørelsen om behov for specialiseret genoptræning beror således altid på en konkret lægelig vurdering af den enkelte patient. I den sammenhæng lægges der stor vægt på at få instrueret lægerne på sygehusene om, at det alene er sundhedslovens kriterier for, hvornår der er tale om specialiseret, ambulans genoptræning, som skal leveres af det regionale sygehusvæsen, der gælder.

4.2 Kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere

I de tilfælde, hvor der foregår undervisning af kommunale medarbejdere som sidemandsoplæring på regionens sygehuse, vil dette blive tilbudt vederlagsfrit af Region Nordjylland.

Krav 2. Hvordan parterne sikrer kommunikation mellem sygehuset, den praktiserende læge og kommunen i forbindelse med udskrivning fra sygehus af patienter med et genoptræningsbehov. Konkret skal aftalen fastlægge indholdet af en kontaktpersonordning.

2.1 Genoptræningsplanen

Genoptræningsplanen skal sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal yde genoptræningsydelsen til patienten samt sikre information til patienten, patientens alment praktiserende læge, patientens hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser.

2.1.1 Fremsendelse af genoptræningsplaner

I Region Nordjylland er det aftalt, at parterne implementerer og benytter MedComs elektroniske genoptræningsplan. Indtil denne er klar benyttes en papirudgave. Genoptræningsplaner sendes direkte til kommunen via sikker mail på adressen.

Indtil videre ajourfører regionens IT-afdeling en liste over de kommunale kontaktadresser og telefonnumre, som skal påføres genoptræningsplanen. Når den elektroniske genoptræningsplan er fuldt ud implementeret, vil kontaktoplysninger automatisk påføres genoptræningsplanen i forbindelse med udfyldelsen.

Vejledning om kørsel til og fra ambulans genoptræning på sygehuset fremgår af genoptræningsplanen.

2.2.2 Indhold og procedurer for genoptræningsplaner

Inden udskrivning fra sygehus sker en afklaring af patientens behov for genoptræning efter udskrivning. Genoptræningsplanen skal udarbejdes i samarbejde med patienten. For patienter med et lægefagligt vurderet behov for en genoptræningsplan er der følgende scenarier med hensyn til det efterfølgende forløb;

- a) Patienten udskrives med en genoptræningsplan
- b) Patienten afslutter en specialiseret genoptræning på sygehuset
- c) Patienten vælger ikke at få lavet en genoptræningsplan
- d) Patienten giver ikke samtykke til at videresende genoptræningsplanen til bopælskommune og / eller egen læge

Uanset hvilket scenarium, der er tale om, fremsender sygehuset udskrivningsrapport til kommunen senest kl. 12 dagen før udskrivning. Af denne fremgår det, om der forefindes genoptræningsplan. På denne måde sikres det, at bopælskommunen er informeret, når en patient med behov for genoptræning bliver udskrevet fra et sygehus.

Ad. a) Patienten udskrives med en genoptræningsplan

Forløbet følger det i bekendtgørelsen beskrevne, og her skal blot kort beskrives følgende;

I genoptræningsplanen skal det afkrydses om patienten skal;

- 1) have specialiseret genoptræning på et sygehus, og herunder begrundelsen herfor,
- 2) have almen genoptræning i kommunalt regi, eller
- 3) er udskrevet til egentræning

Planen udleveres til patienten senest på udskrivningsdagen, og sendes ligeledes senest på udskrivningsdagen (med patientens samtykke) til patientens bopælskommune og patientens praktiserende læge.

Er der tale om **specialiseret genoptræning** er det aftalt, at sygehuset tager den første kontakt med patienten senest 7 hverdage efter at genoptræningsplanen er udfærdiget.

Er der tale om **almen genoptræning**, tager kommunen den første kontakt til patienten, når kommunen har modtaget genoptræningsplanen fra sygehuset. Det er aftalt mellem regionen og kommunerne, at de enkelte kommuner i regionen selv fastlægger det seneste tidspunkt for den første kontakt til patienten. Tidsangivelsen udfyldes på genoptræningsplanen under punktet "dato for kontakt til patient". Tidsfristerne vil løbende blive opdateret www.rn.dk

Er patienten udskrevet til **egentræning**, er det kun i de tilfælde, hvor patienten i forvejen modtager varige ydelser fra kommunen eller i forbindelse med udskrivningen har brug for midlertidig hjælp, at der skal udfærdiges en genoptræningsplan. Genoptræningsplanen har i dette tilfælde alene til formål at understøtte patientens egentræning samt informere patientens egen læge og kommunen.

I forbindelse med implementering af den elektroniske genoptræningsplan skal blive udarbejdet en vejledning med en liste over SKAL og KAN punkter m.h.t. udfyldelse af genoptræningsplanen i de 3 ovennævnte tilfælde.

Hvis patienten er blevet behandlet på privathospital som et led i en aftale mellem Region Nordjylland og en privat leverandør (fx aftale med leverandører om udførelse af rygoperationer) eller af en privatpraktiserende speciallæge som et led i en § 3 aftale, skal dette fremgå af genoptræningsplanen, når denne fremsendes til kommunen.

Ad. b) Patienten afslutter en specialiseret ambulant genoptræning på sygehuset

Efter endt specialiseret genoptræning på sygehuset er der følgende muligheder for det videre forløb:

- Patienten skal fortsætte med almen genoptræning i kommunen
- Patienten afsluttes til egentræning
- Patienten afsluttes og har ikke brug for yderligere genoptræning.

I disse tilfælde benyttes den oprindeligt uarbejdede genoptræningsplan, og der angives hvilken status af ovenstående 3 muligheder patienten overgår til. Er der behov herfor tilføjes nye oplysninger i genoptræningsplanen.

Afslutning/status efter specialiseret genoptræning skal sendes til kommunen. Afsluttende status vil typisk være en korrespondancemeddelelse, som indeholder et uddrag af den afsluttende status i journalen. Ligeledes sendes en afsluttende status til sygehuset efter endt almen genoptræning i kommunen, hvis sygehuset ønsker det.

Overgår patienten til **almen genoptræning** i kommunen eller egentræning, gælder de under a) nævnte retningslinier.

Ad. c) Patienten vælger ikke at få lavet en genoptræningsplan

Hvis patienten afslår at få udarbejdet en genoptræningsplan, noteres det i det frie tekstfelt i genoptræningsplanen, og planen sendes til bopælskommunen og den praktiserende læge.

Sygehuset skal i så fald informere patienten om konsekvensen heraf; at der ikke kan iværksættes genoptræning på bopælskommunens regning.

Ad. d) Patienten giver ikke samtykke til at videresende genoptræningsplanen til bopælskommune og / eller egen læge

Hvis patienten vælger ikke at ville give sit samtykke til at genoptræningsplanen kan videresendes til bopælskommunen og/eller patientens praktiserende læge, skal sygehuset informere patienten om konsekvenserne heraf:

- Bopælskommunen vil i så fald ikke have et fyldestgørende grundlag for at fremskaffe et passende tilbud om genoptræning.
- Patientens praktiserende læge vil ikke kunne afstemme sine fremtidige planer for behandling af patienten med det, som genoptræningsplanen anbefaler.

Patienten kan evt. aftale med sygehuset, at genoptræningsplanen sendes til en anden kommune, hvor patienten ønsker genoptræning. Bopælskommunen er i dette tilfælde fortsat forpligtet til at betale for patientens genoptræning. I den forbindelse kan der efter konkret vurdering ske videregivelse af nødvendige oplysninger til bopælskommunen til brug for bopæls-kommunens behandling af spørgsmålet om refusion af afholdte udgifter til genoptræning, herunder oplysninger der indgår i en genoptræningsplan.

2.2.3 Dialogen mellem sygehus og bopælskommune samt evt. anden leverandør af genoptræningsydelser

For at øge kvaliteten og sammenhængen i behandlingen, skal genoptræningsplanerne altid indeholde navn på den terapeut eller læge på sygehuset, der har trænet/behandlet patienten og/eller udarbejdet genoptræningsplanen. På denne måde sikres det, at de kommunale sundhedsfolk let kan komme i kontakt med det sundhedspersonale på sygehuset, der kender patientens forløb og baggrund for genoptræningsplanens indhold og udformning.

2.3 Kontaktpersonordningen

Genoptræningsplanen anviser en kommunal og en regional kontaktperson for den enkelte patients genoptræningsforløb. Kontaktpersonerne skal kunne besvare patienters faglige og organisatoriske spørgsmål – herunder spørgsmål til selve genoptræningsplanen, spørgsmål til et eventuelt videre ambulant, specialiseret genoptræningsforløb i det regionale sundhedsvæsen eller spørgsmål til det videre genoptræningsforløb i kommunalt regi.

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

Krav 3. Hvordan parterne sikrer tilvejebringelse af det nødvendige grundlag for kommunens vejledning om det frie valg af genoptræningssted.

3.1 Specialiseret genoptræning

Patienter der efter udskrivning fra et sygehus har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret genoptræning (jf. patientens genoptræningsplan) kan vælge at modtage den ambulante specialiserede genoptræning på bopælsregionens sygehuse eller på andre regioners sygehuse samt visse specialsygehuse.

Det aftales, at Region Nordjylland i dette tilfælde har ansvaret for at informere patienten om det frie valg og dermed også har ansvaret for at fremskaffe det nødvendige grundlag herfor. I Region Nordjylland foreslås der oprettet en elektronisk portal med både regionale og kommunale genoptræningstilbud – se nedenfor. Den første kontakt til patienten foretages senest efter 7 hverdage.

Patienten kan i øvrigt, som ved frit sygehusvalg ang. behandling, også henvende sig til regionens patientkontor;

Patientkontoret i Region Nordjylland
Niels Bohrsvej 30,
9220 Aalborg Ø

Telefon: 96 35 10 10

Mail: Patientkontoret@rn.dk

3.2 Almen genoptræning

Patienter der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for almen genoptræning (jf. patientens genoptræningsplan), kan frit vælge mellem de tilbud bopælskommunen har etableret ved egne institutioner, og de tilbud som kommunen yder via en eller flere leverandører, der er indgået særlige aftaler med. Patienten har desuden ret til at vælge et genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner.

Kommunen har i dette tilfælde ansvaret for, ved den første kontakt med patienten, at informere patienten om det frie valg, og dermed også ansvaret for at fremskaffe det nødvendige grundlag herfor.

Der arbejdes på at udvikle en "tilbudsportal", hvor kommunale og regionale genoptræningstilbud kan findes og sammenlignes. Der arbejdes på at udarbejde en standard skabelon for beskrivelser af tilbud på genoptræningsområdet, således at tilbudene kan kvalitetssikres og sammenlignes. Skabelonen bør som min. indeholde oplysninger om målgruppe, ventetid, kontaktoplysninger og en overordnet beskrivelse af indholdet i genoptræningstilbuddet.

Krav 4. Hvordan parterne gennem en løbende planlægning og styring af kapaciteten af genoptræningstilbud i regionen og kommunerne sikrer, at genoptræningen kan påbegyndes hurtigst muligt efter udskrivningen fra sygehuset.

Parterne er enige om, at det er den enkelte myndigheds ansvar at tage kontakt genoptræning indenfor de fastsatte tidsfrister. Det er dermed også den enkelte myndigheds ansvar at kapacitet og efterspørgsel efter genoptræning hænger sammen.

Kontaktudvalgene for sygehusene (somatiske og psykiatriske) vil løbende drøfte genoptræningsområdet. I kontaktudvalgene vil der være mulighed for at drøfte og afklare samarbejdet på det mere praktiske plan.

Kontaktudvalgene vil i forhold til genoptræningsområdet have til opgave at have overblik over kapaciteten – og behovet for genoptræning med henblik på at kunne koordinere indsatsen og være i stand til at tilbyde genoptræning uden afbrydelse i det planlagte genoptræningsforløb. Endvidere skal kontaktudvalgene bidrage til synliggørelse af ansvars- og opgavefordelingen mellem parterne.

Kontaktudvalgene for sygehusene mødes mindst 2 gange årligt.

Krav 5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

I det følgende beskrives, hvordan Region Nordjylland og kommunerne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt.

5.1 Løbende opfølgning

Der er nedsat en faglig følgegruppe, der blandt andet skal arbejde med opgavefordelingen mellem almen og specialiseret genoptræning, herunder udarbejdelse af forløbsbeskrivelser på området. Formålet med at lave supplerende forløbsbeskrivelser er blandt andet at vurdere den arbejdsdeling, der som udgangspunkt er aftalt på træningsområdet, men også generelt at diskutere, videreudvikle og evaluere den praksis, der er på området, herunder at følge parternes indsat og den løbende udvikling på området.

Den faglige følgegruppe mødes mindst 4 gange årligt – og ellers efter behov. Formålet er at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorgrænser. Følgegruppen kan nedsætte underarbejdsgrupper i relation til afklaring af konkrete problemstillinger og kan knytte relevante fagpersoner ad hoc til disse arbejdsgrupper.

I de kommunale/regionale politiske styregrupper, der mødes mindst to gange om året og kan herudover indkaldes efter behov, følges der op genoptræningsområdet med henblik på at sikre den lokale forankring og implementering af aftalen. Her følges udviklingen i aktivitet og udgifter i den enkelte kommune, og eventuelle lokale problemstillinger/tvister kan diskuteres og afklares.

Sygehusenes kontaktudvalg vil være et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet med kommunerne på det mere praktiske plan. Der er mulighed for at drøfte konstaterede kvalitetsbrist for overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller idéer fra henholdsvis sygehuset eller kommunerne. Emner kan efter drøftelse i kontaktudvalgene sendes til videre orientering eller behandling i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler eller rejses i de faglige følgegrupper.

5.2 Årlig opfølgning

Til efterårets sidste møde i Sundhedskoordinationsudvalget vil der blive sammenfattet en status som et bidrag til den generelle opfølgning på den samlede sundhedsaftale. Følgende kan indgå i statusopgørelse:

- vurdering af, om de indgåede aftaler bliver overholdt
- vurdering af, om aftalerne fører til en sammenhængende opgavefordeling
- vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering
- vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer for patienterne

Indikatorerne kan være

- en vurdering af, om ledere og medarbejdere, der er involveret i overdragelse af borgere, kender og anvender gældende retningslinjer
- monitorering af, om borgeren oplever, at samarbejdet mellem sygehus og kommune foregår koordineret og sammenhængende
- om der i kontaktudvalgene konstateres kvalitetsbrist for overdragelse af borgere, og hvad der i så fald er gjort af forbedringstiltag

Efterfølgende gennemføres der drøftelser mellem regionen og den enkelte kommune for at vurdere behovet for eventuel justering af den konkrete arbejdsdeling. Samtidig overvejes det, om elementer i sundhedsaftalen skal ændres. Den første opfølgning gennemføres ved udgangen af 2009.

5.3 Konflikt håndtering

Aftaleparterne har som udgangspunkt forpligtiget hinanden til at tvister skal løses på lavest mulige niveau. Det vil eksempelvis sige direkte mellem en sygehusafdeling og de kommunale visitatorer.

Er der ikke en umiddelbar løsning, eller er problemstillingen af generel karakter, vil det være naturligt at dette udredes i den faglige følgegruppe. Anbefalinger herfra kan så efterfølgende behandles i den administrative styregruppe eller i sidste instans i Sundhedskoordinationsudvalget. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan i den sammenhæng udtale sig vejledende i konkrete sager om fortolkningen af sundhedslovens genoptræningsbestemmelser m.v. Afgørelser truffet i Sundhedskoordinationsudvalget forudsættes efterlevet af aftaleparterne.

Indsatsområde 4: Hjælpemiddelområdet

Krav 1. Arbejdsdeling mellem region og kommuner for tilvejebringelse af såvel varige som ikke-varige hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Hjælpemiddelområdet er reguleret ved Indenrigs- og Sundhedsministeriets cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, Socialministeriets bekendtgørelse om ydelser af hjælpemidler og forbrugsgoder samt Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om hjemmesygepleje.

Cirkulærets formål er at definere, hvad behandlingsredskaber er og at afgrænse disse i forhold til afgrænsende kategorier af redskaber og hjælpemidler. Størst betydning har skillelinien mellem behandlingsredskaber, som regionen har ansvaret for, varige hjælpemidler, som kommunen har ansvaret for og hjælpemidler og behandlingsredskaber i forbindelse med en genoptræning efter sundhedslovens § 140.

Aftalen skelner ikke mellem, om der er tale om behandlingsredskaber og hjælpemidler til børn (indtil 18. år) eller voksne.

Da det ikke er praktisk muligt detaljeret at opregne behandlingsredskaber og hjælpemidler, og da der i praksis kan forekomme tvivlstilfælde, fx hvor et redskab kan være såvel et behandlingsredskab som et hjælpemiddel, eller om et hjælpemiddel er en del af en genoptræning, udarbejder den faglig følgegruppe på hjælpemiddelområdet et casekatalog, som skal være en vejledning for relevante medarbejdere i kommunerne og regionen (sygehuse, praktiserende læger m.fl.).

1.1 Arbejdsdeling parterne imellem i forhold til tilvejebringelse af hjælpemidler

Hvor cirkulæret har til formål at definere, hvad der er behandlingsredskaber og at afgrænse disse, har sundhedsaftalen til formål at beskrive arbejdsdelingen mellem Region Nordjylland og kommunen i forhold til ansvaret for hjælpemidler og behandlingsredskaber generelt. Den aftalte arbejdsdeling fremgår af nedenstående skema.

Skemaet skelner mellem myndigheder i forhold til vurdering af behov, ansvar for at tilvejebringe det enkelte hjælpemiddel, ansvar for betaling (herunder vedligeholdelse og reparationer) samt ansvar for instruktion.

Det tilstræbes, at patienter ved overgang fra regionalt ansvar og betaling til kommunal ansvar og betaling (og omvendt) ikke skal skifte hjælpemiddel.

På nuværende tidspunkt er flere kommuner imidlertid bundet af aftaler med private leverandører, der vanskeliggør eller forhindrer en sådan praksis. Den bilaterale aftale beskriver praksis i forhold til den enkelte kommune.

Ved afslag på et hjælpemiddel eller behandlingsredskab giver relevante myndighed patienten et afslag og en klagevejledning.

Variationer over hjælpemidler	Vurdering	Ansvarlig	Betaling	Instruktion
1. Behandlingsredskaber (cirkulære afsnit 2.1)				
1.1 - indopereret (cirkulære afsnit 2.1.1)	Region	Region	Region	Region
1.2 – ordineret som led i behandling på sygehus/speciallægepraksis mv., og hvor hjælpemiddel/apparat typisk er under kontrol af sygehuset eller speciallægepraksis indtil tilstanden er stationær (cirkulære afsnit 2.1.2)	Region	Region	Region	Region
1.3 – ordineret som led i behandling på sygehus/speciallægepraksis mv. hvor patienten har fået undervisning i brug af apparatet på sygehus eller i speciallægepraksis eller hvor apparatet er under en vis kontrol af sygehus eller speciallægepraksis (cirkulære afsnit 2.1.3)	Region	Region	Region	Region
1.4 – hjælpemidler og apparatur, som patienten efter forundersøgelse og efter sygehusets vurdering har behov for, imens patienten venter på sygehusbehandling (cirkulære afsnit 2.1.4)	Region	Region	Region	Region
2. Varige hjælpemidler (cirkulære afsnit 2.2)				
Til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
3. Hjælpemidler efter sygehusudskrivelse (hjemmesygepleje, sundhedsloven) (cirkulære afsnit 2.3)				
Hjemmesygepleje og sygeplejeartikler, hvor hjemmesygeplejen er involveret	Lægen henviser og kommunen vurderer. Praksis i den enkelte kommune reguleres i den bilaterale aftale	Kommune	Kommune	Kommune
Hjemmesygepleje og sygeplejeartikler, hvor hjemmesygeplejen ikke er involveret	Praktiserende læge Borger selv Andre	Borger	Borger	Praktiserende læge Borger
4. Hjælpemidler og behandlingsredskaber i forbindelse med genoptræning (cirkulære afsnit 2.4)				
4a. Under indlæggelse	Region	Region	Region	Region

4b. Ikke-varige hjælpemidler plus behandlingsredskaber som led i specialiseret træning i sygehusregi (ved genoptræningsplan)	Region	Region	Kommune (betaling er en del af DAGS-taksten)	Region
4c. Ikke-varige hjælpemidler som led i almen træning i kommunalt regi efter udskrivning (genoptræningsplan)	Region ordinerer i forbindelse med udskrivning, herefter kommune	Kommune	Kommune	Region i forbindelse med udskrivning, derefter kommune
4d. Ikke-varige hjælpemidler som led i egen træning efter udskrivning. <i>Med genoptræningsplan</i>	Region ordinerer i forbindelse med udskrivning, herefter kommune	Kommune	Kommune	Region i forbindelse med udskrivning, herefter kommune
<i>Uden genoptræningsplan</i>	Region	Region	Region	Region
5. Hjælpemidler i øvrigt (cirkulære afsnit 2.5)				
Ikke-varige hjælpemidler uden sygehuskontakt	Praktiserende læge, fysioterapeut m.v. Borger selv	Borger	Borger	Praktiserende læge, fysioterapeut m.v. Borger selv
Ikke-varige hjælpemidler, hvor der ventes på forundersøgelse på sygehus.	Praktiserende læge, fysioterapeut m.v. Borger selv	Borger	Borger	Praktiserende læge, fysioterapeut m.v. Borger selv
6. Boligændringer				
Midlertidige boligændringer efter sygehusindlæggelse, som led i behandling	Region	Region	Region	Region
Varige boligændringer	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
7. Kropsbårne hjælpemidler				
Midlertidige kropsbårne hjælpemidler i forbindelse med sygehusbehandling	Region	Region	Region	Region
Varige kropsbårne hjælpemidler (fx stomiposer, diabetesudstyr m.v.) efter sygehusudskrivning	Region henviser/ anbefaler Praksis beskrives i den bilaterale aftale	Kommune	Kommune	Kommune

Krav 2. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i de regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter.

Parterne er enige om, at det er den enkelte myndigheds ansvar at kunne levere de hjælpemidler og behandlingsredskaber som beskrevet i sundhedsaftalerne. I dette ligger også pligten til at sikre instruktion, tilpasning og rådgivning i brugen af hjælpemidlerne og behandlingsredskaberne.

Der nedsættes en faglig følgegruppe, der består af 1 repræsentant fra hver kommune og fra hvert sygehus samt en repræsentant for de praktiserende læger. Det anbefales at arbejde med et delt formandskab, således at der til enhver tid er både en regional og en kommunal formand for følgegruppen. Andre repræsentanter (fx repræsentanter for hjælpemiddeldepoter m.v.) kan indkaldes efter behov.

Følgegruppens opgave vil blandt andet være at sikre en dialog og udvikling omkring hjælpemidlerne, herunder udarbejdelse af fælles faglige anbefalinger (typer, forventet behov, tilbagelevering, serviceniveau, leveringstider mv.). Den faglige følgegruppe mødes mindst to gange om året – og ellers efter behov.

Hjælpemiddelområdet vil desuden blive tæt fulgt i de lokale kontaktudvalg på sygehusene. Konkrete aftaler omkring ansvars- og opgavefordelingen vil kunne implementeres og følges via kontaktudvalgene. Det gælder både generelle aftaler mellem regionen og alle kommuner samt specielle aftaler mellem regionen og den enkelte kommune i de bilaterale aftaler. Kontaktudvalgene vil ligeledes kunne medvirke i en koordinering af indsatsen i forhold til styring af kapaciteten, herunder fordelingen/samarbejdet mellem lokale regionale og kommunale hjælpemiddeldepoter, således at parterne altid er i stand til at levere de nødvendige hjælpemidler.

Den faglige følgegruppe og kontaktudvalgene forpligter sig til at samarbejde og koordinere tiltag.

Forhold af generel karakter kan viderebringes fra kontaktudvalgene til den faglige følgegruppe på hjælpemiddelområdet eller eventuelt til den administrative styregruppe.

Krav 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.

Det behandlende sygehus har ansvaret for, at der sker en afklaring af patientens behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber under indlæggelse. Regionen forpligter sig til aktivt i mødet med patienten at forholde sig til dennes behov for behandlingsredskaber og/eller hjælpemidler og til at samarbejde med kommunen om dette. Regionen forpligter sig til at stille regionens hjælpemidler til rådighed.

Kommunen forpligter sig i mødet med borgerne til at samarbejde om afdækning af behovet for hjælpemidler og til at stille kommunens hjælpemidler til rådighed. Både regionens og kommunernes personale skal være i stand til at give patienterne/borgerne specifik information om, hvor de kan henvende sig om råd og vejledning.

Hjælpemidler og behandlingsredskaber udlånes/bevilges i henhold til aftale om arbejdsdeling mellem Region Nordjylland og kommunerne som beskrevet i krav 1.

Region Nordjylland, kommunerne og de praktiserende læger har indgået en regional samarbejdsaftale, som omhandler indlæggelse og udskrivning, træningstilbud, forebyggelse og sundhedsfremme samt ændret behov for hjælp ved udskrivning.

Planlægning af udskrivning begynder allerede ved indlæggelse således, at de hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten har brug for, er til rådighed ved udskrivelsen. Ved prøveudskrivinger og weekendbesøg gælder nedenstående udskrivningsvarsler også.

Senest 48 timer efter indlæggelsen sendes 1. udskrivningsvarsel til kommunen. I forhold til eventuelt behov for hjælpemidler er der i udskrivningsvarslet oplysninger om

- skøn vedr. behov for hjælpeforanstaltninger
- iværksat pleje- og behandlingsplan under indlæggelsen
- overvejelser i forhold til fremtidig udskrivningsplan
- afklarende spørgsmål til den kommunale visitation
- forventet udskrivningsdato

Sygehuset sender 2. udskrivningsvarsel, hvis færdigmeldingsdato eller forventet udskrivningsdato ikke er meddelt i 1. udskrivningsvarsel, eller hvis der er oplysninger om hjælpeforanstaltninger, som kommunen skal forholde sig til.

Udskrivning kan ske alle ugens dage. Ved udskrivning sender sygehuset udskrivningsrapport til kommunen senest kl. 12 dagen før udskrivning således, at kommunen har mulighed for (gen)etablere hjælp og eventuelt skaffe nødvendige hjælpemidler. Hjælpemidler udleveres dog kun af region og kommuner på hverdage. Af udskrivningsrapporten fremgår blandt andet

- status i forhold til ændringer i patientens funktionsniveau under indlæggelsen
- om der forefindes genoptræningsplan
- status i forhold til patientens behov for hjælpeforanstaltninger
- aktuelle problemer/behov, mål, iværksatte og fremtidige handlinger/planer
- resumé af de indgåede aftaler i forbindelse med udskrivning

3.1 Elektronisk udveksling af information ved udskrivning

Elektronisk udveksling af informationer er en fremtidig forudsætning for en helhedsorienteret indsats overfor borgeren fra kommune, sygehus og læge i Region Nordjylland. Effektiv og sikker udveksling af informationer ved udskrivning, der samtidig skaber det sammenhængende patientforløb, er dog stadig et udviklingsområde. Parterne forpligter sig til i aftaleperioden at øge mulighederne for elektronisk udveksling af informationer i forbindelse med udskrivning.

Indtil det er muligt at gennemføre al udveksling af informationer elektronisk i forbindelse med udskrivning, udveksles informationer via fax eller mail til kommunen.

Den faglige følgegruppe udarbejder skema, som sikrer, at den status der gives i udskrivningsrapporten er fyldestgørende og at alle nødvendige oplysninger derfor er givet blandt andet i relation til kommunens mulighed for at bedømme borgerens behov for hjemmehjælp, hjælpemidler osv.

Krav 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.

I lighed med principperne om arbejdsdeling under krav 1 gælder, at den part, der bevilger/udlåner hjælpemidlet eller behandlingsredskabet, har ansvaret for instruktion af borgeren i brugen heraf.

Ved behandlingsredskaber, som kommunens personale ikke har kendskab til, og som kommunens personale skal hjælpe borgeren med, er regionen ansvarlig for instruktion af personalet.

Hvis der er behov for instruktion af personalet i forbindelse med ikke-varige hjælpemidler vil det som hovedregel være kommunen, der varetager denne instruktion. Hvis der er specielle hensyn, er regionen ansvarlig for at videreformidle dette til kommunen.

4.1 Kontakt og dialog med patienten

Ved udlån af behandlingsredskaber eller hjælpemidler fra sygehuset medfølger en låneseddel, hvoraf det fremgår

- hvilket behandlingsredskab og/eller hjælpemiddel, der er udlånt
- at behandlingsredskabet og/eller hjælpemidlet udlånes midlertidigt og skal tilbageleveres efter endt udlån
- kontaktperson/kontaktmulighed ved eventuelle spørgsmål.
-

Ved bevilling af hjælpemiddel fra Kommune medfølger tilsvarende oplysninger.

Krav 5. Hvordan parterne følger op på aftalen.

I det følgende beskrives, hvordan Region Nordjylland og kommunerne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt.

5.1 Løbende opfølgning

Den faglige følgegruppe har blandt andet til opgave at følge parternes indsats og den løbende udvikling på området, herunder den faktiske arbejdsdeling vedrørende udlevering af hjælpemidler, behov for instruktion af relevant personale samt informationsbehov i forhold til patienter. Følgegruppen skal i samarbejde med kontaktudvalgene udarbejde fælles faglige anbefalinger på hjælpemiddelområdet. Endvidere vil følgegruppen have til opgave at sikre, at casekataloget løbende opdateres i forhold til udviklingen på området og udbygges med relevante principielle cases, som kan hjælpe til afklaring af ansvarsfordelingen imellem kommunerne og regionen. Endelig vil den faglige følgegruppe have til opgave at bidrage til udredning af tvister om afgrænsning af behandlingsredskaber og hjælpemidler, såfremt den administrative styregruppe eller kontaktudvalgene anmoder om dette.

Den faglige følgegruppe mødes mindst to gange årligt – og ellers efter behov. Opfølgning er et fast punkt på den faglige følgegruppes møder. Formålet er at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorgrænser.

I de kommunale/regionale politiske styregrupper, der mødes mindst to gange om året og kan herudover indkaldes efter behov, følges der op på hjælpemiddelområdet med henblik på at sikre den lokale forankring og implementering af aftalen. Her følges udviklingen i aktivitet og udgifter i den enkelte kommune, og eventuelle lokale problemstillinger/tvister kan diskuteres og afklares.

Sygehusenes kontaktudvalg vil være et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet med kommunerne på det mere praktiske plan. Der er mulighed for at udveksle erfaring specifikt om hjælpemiddelområdet eller i forhold til samarbejdet generelt. Der er mulighed for at drøfte, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller idéer fra henholdsvis sygehuset eller kommunerne. Emner kan efter drøftelse i kontaktudvalgene sendes til videre orientering eller behandling i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler eller rejses i de faglige følgegrupper.

5.2 Årlig opfølgning

Til efterårets sidste møde i Sundhedskoordinationsudvalget vil der blive sammenfattet en status som et bidrag til den generelle opfølgning på den samlede sundhedsaftale.

Følgende kan indgå i statusopgørelse:

patienttilfredshed (indikatorer kan være levering af hjælpemidler til tiden, hjælpemidlers stand og funktionsdygtighed osv.)

- vurdering af, om de indgåede aftaler bliver overholdt
- vurdering af, om aftalerne fører til en sammenhængende opgavefordeling
- vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering
- vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer for patienterne

Efterfølgende gennemføres der drøftelser mellem regionen og den enkelte kommune for at vurdere behovet for eventuel justering af den konkrete arbejdsdeling. Samtidig overvejes det, om elementer i sundhedsaftalen skal ændres.

Den første opfølgning gennemføres ved udgangen af 2009.

5.3 Konflikthåndtering

Der kan opstå afgrænsningsproblemer mellem kategorierne af apparatur, redskaber og hjælpemidler. I tilfælde, hvor der opstår tvivl om hvilken myndighed, der er ansvarlig for betaling af et nødvendigt behandlingsredskab eller hjælpemiddel, som skal betales af regionen eller kommunen, er det vigtigt, at tvivlen ikke kommer borgeren til skade. Den myndighed, der har tættest kontakt med borgeren, skal i givet fald umiddelbart levere det nødvendige behandlingsredskab eller hjælpemiddel til borgeren, hvorefter betalingsspørgsmålet må afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

Aftaleparterne har som udgangspunkt forpligtiget hinanden til at tvister skal løses på lavest mulige niveau. Det vil eksempelvis sige direkte mellem en sygehusafdeling og de kommunale visitatorer.

Er der ikke en umiddelbar løsning, eller er problemstillingen af generel karakter, vil det være naturligt at dette udredes i den faglige følgegruppe. Anbefalinger herfra kan så efterfølgende behandles i den administrative styregruppe. Såfremt der ikke gennem forhandling mellem de involverede parter kan opnås enighed om et konkret problem vedrørende kategorisering af et redskab m.v., kan spørgsmålet forelægges Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Indenrigs- og Sundhedsministeriets udtalelse har vejledende karakter, idet en retlig prøvning af spørgsmålet er henlagt til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Indsatsområde 5: Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse

Krav 1. Arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

Kommunen og Region Nordjylland arbejder med en række tiltag omkring den patientrettede forebyggelse og den sundhedsfremmede indsats, primært med fokus på gruppen af kronisk syge patienter og KRAM-faktorer: **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion. Jævnfør Sundhedsloven er den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse udelukkende en kommunal opgave, mens regionen har ansvaret for patientrettet forebyggelse i sundhedsvæsenet og i praksissektoren samt en rådgivningsforpligtigelse overfor kommunerne.

1.1 Indsatsen for patienter og borgere med kroniske sygdomme

1. januar 2008 har Region Nordjylland, de nordjyske kommuner, sygehuse og almen praksis i fællesskab etableret en tværsektoriel kronikerorganisering i Nordjylland.

Formålet med kronikerorganiseringen er at sikre sammenhængende patientforløb for kronisk syge gennem etablering af en tværsektoriel organisatorisk ramme. Den tværsektorielle kronikerorganiseringen er udarbejdet i overensstemmelse med nationale anbefalinger på området. Målet er, at der opnås et mærkbart kvalitetsløft – primært for de kroniske patientgrupper, men også for de sundhedsprofessionelle, der arbejder i kommunerne, på sygehuse og i almen praksis.

1. januar 2008 er der i fællesskab mellem regionen og kommunerne ansat en regional koordinator for kronisk sygdom, der refererer til den administrative styregruppe for sundhedsaftalerne og sundhedskoordinationsudvalget for Region Nordjylland. Den regionale koordinator er ansvarlig for den overordnede koordinering, planlægning, samordning, kvalitetssikring samt for samarbejdet med relevante aktører i primær og sekundærsektor om implementeringen af de aftaler, der indgås i forhold til de konkrete kroniske sygdomme. Endvidere har den regionale koordinator et overordnet ansvar og en koordinerende rolle i forhold til de tværsektorielle fora, der nedsættes for hver af de udvalgte kroniske sygdomme.

Parterne har indgået en **rammeaftale** samt **sygdomsspecifikke udfyldningsaftaler**, der fastlægger de fælles aftaler mellem region og kommuner om opgavefordeling og principper i opgaveløsningen omkring de kroniske patienter. I afsnit 1.2 gengives den samlede rammeaftale:

1.2 Rammeaftale:

Rammeaftalens grundvilkår:

Rammeaftalens grundvilkår fastlægger aftalens gyldighedsområde, vilkår for arbejdsdeling og myndighedsansvar, herunder økonomi og servicemål, implementering, monitorering, kvalitetssikring, sundhedsfaglig udvikling og kvalifikationer i udførelse, samt kommunikation mellem parterne, opfølgning på aftalerne mv.

Rammeaftalens gyldighedsområde:

Rammeaftalen gælder mennesker med kroniske lidelser og vedrører det delte ansvar for den patientrettede forebyggelse. Den nærmere **afgrænsning fremgår af den enkelte udfyldningsaftale**.

Vilkår for opgave- og ansvarsfordeling:

Myndighedsansvaret fastlægges gennem Sundhedslovens bestemmelser og den tolkning heraf, der kommer til udtryk gennem den obligatoriske sundhedsaftale om sundhedsfremme og forebyggelse mellem Region og Kommuner i Nordjylland.

Den heraf afledte opgavedeling fastlægges i udfyldningsaftaler for den enkelte sygdomsgruppe ud fra en hensigtsmæssig stratificering af patienter i kroniker-pyramiden. Sundhedsstyrelsens retningslinier for indsatsen for den pågældende sygdomsgruppe skal, hvis de findes, inddrages, ligesom LEON-princippet også lægges til grund for opgavedelingen.

Endvidere indeholder opgavedelingen anbefalinger om tovholderfunktion, kriterier for tilknytning af forløbskoordinator og om § 2-aftaler med almen praktiserende læger. Patientgrundlaget i Kronikerpyramidens niveauer kvantificeres for at vurdere kapacitets- og ressourcebehov i de enkelte aktiviteter, der indgår i patientforløbet og endelig redegøres for økonomi og servicemål.

Generel arbejdsdeling på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet

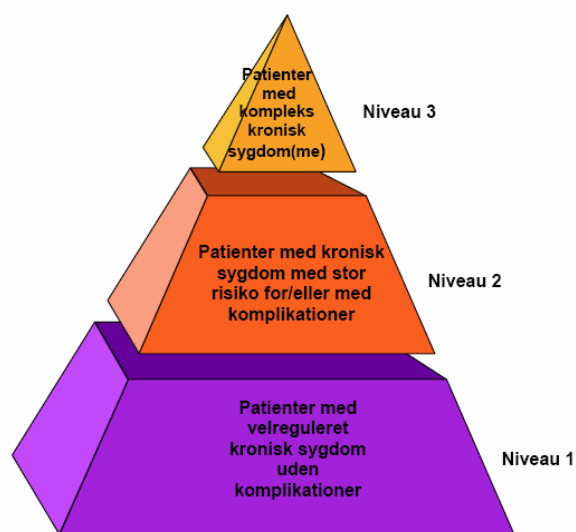
Sundhedsloven fastlægger, at borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse er et kommunalt opgave- og myndighedsområde, mens ansvaret for den patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse er delt mellem region og kommuner.

Regionen og kommunerne i Nordjylland har aftalt, at patientrettet forebyggelse, der indgår i forbedring til operation eller behandling, er Regionens opgave. Efter endt sygehusophold er det kommunens opgave at tilvejebringe tilbud, som patienten informeres om ved udskriving.

Der er frit valg mellem sygehusenes forebyggelsestilbud. Der ydes fri transport efter gældende regler for transport i forbindelse med almindeligt frit sygehusvalg, det vil sige til nærmeste tilbud. Der kan ikke vælges frit mellem kommunernes patientrettede sundhedsfremme og forebyggelsestilbud. Arbejdsdelingen beskrives nærmere under punkt 1. 2.

Stratificering efter Kronikerpyramiden

kroniker-pyramiden opdeler/stratificerer patienter ud fra sygdommens sværhedsgrad.



Figur 1. Kronikerpyramiden.

Figur 1 viser Kronikerpyramiden, hvor patienterne stratificeres i 3 niveauer:

- Niveau 1. Velreguleret kronisk sygdom uden komplikationer – omfatter flest patienter.
- Niveau 2. Kronisk sygdom med stor risiko for/eller med komplikationer – omfatter en del patienter.
- Niveau 3. Kompleks kronisk sygdom, ofte flere sygdomme – omfatter få patienter.

De 3 niveauer er udgangspunkt for at udpege tovholder, tilknytte forløbskoordinator i patientforløbet og aftale arbejdsdeling mellem parterne.

Der skal fastsættes særlige stratificeringskriterier i udfyldningsaftalen for den konkrete sygdom.

Tovholder og forløbskoordinator

Den Almen-praktiserende læge er efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger tovholder. Tovholderfunktionen skal drøftes og præciseres i Samarbejdsudvalget for Almen Praksis med henblik på at vurdere, hvordan den kan styrkes.

Patienter med kroniske lidelser i svær grad, - ofte på niveau 3 i Kronikerpyramiden, af og til også på niveau 2 og/eller med flere kroniske sygdomme, - kan have behov for særlig støtte for at fastholde indsatsen og få sammenhæng i patientforløbet. Disse patienter kan tilknyttes en forløbskoordinator. Patienter med små ressourcer eller barrierer for deltagelse, - etnicitet, svag sygdomsforståelse, lille netværk mv. - kan også have behov for forløbskoordinator.

Sundhedsstyrelsen har skitseret en forløbskoordinators opgaver således:

- Støtte til særligt sårbare patienter ved at koordinere den tværfaglige og tværsektorielle indsats på tværs af sygdomme
- Understøtte særligt sårbare patienters mulighed for egenomsorg via formidling af patientuddannelses tilbud
- Sikre at de igangsatte initiativer følges op og justeres
- Aktivt at formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal eller har skiftet mellem sektorer og forskellige behandlere

Forløbskoordinatoren skal have en sundhedsfaglig baggrund med specialviden indenfor det pågældende sygdomsområde. Forløbskoordinatoren skal kunne kommunikere og samarbejde effektivt med samarbejdspartnere på tværs af sektorer.

Kompetencekravet til forløbskoordinatoren afgør, om denne rekrutteres fra sekundær- eller primærsektoren. Patientens tilknytning til primær- eller sekundærsektoren i den periode, hvor forløbskoordinatoren tilknyttes, har også betydning for, hvorfra forløbskoordinatoren rekrutteres.

Den sektor, hvorfra forløbskoordinatoren rekrutteres, bærer økonomien i funktionen.

Udfyldningsaftalerne skal indeholde:

- Kriterier for tilknytning af forløbskoordinator
- Krav til forløbskoordinatorens kompetencer
- Særlige sygdomsspecifikke opgaver ud over ovennævnte
- Hvilken myndighed, der stiller forløbskoordinator til rådighed og bærer den hermed forbundne økonomi

Kvantificering af patienter i Kronikerpyramidens niveauer

Kommuner, sygehuse og Almen Praksis skal afsætte en passende kapacitet i de aktiviteter, de har ansvar for. Derfor vurderes antal patienter totalt indenfor den pågældende sygdomsgruppe, og hvordan de fordeler sig på Kronikerpyramidens niveauer.

Nogle patienter fravælger at deltage i tilbudte aktiviteter. Det bør iagttages i kapacitetsplanlægningen. I det omfang, det er muligt, gives en vurdering af deltagelses-frekvensen.

Udfyldningsaftalerne indeholder estimater af antal patienter i Kronikerpyramidens 3 niveauer.

LEON-princippet - Laveste Effektive OmsorgsNiveau

LEON-princippet dækker over nogle grundlæggende principper i det danske sundhedsvæsen:

Laveste OmsorgsNiveau – omhandler lægefagligt specialiseringsniveau i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet er i hovedtræk organiseret, så det primære sundhedsvæsen – almen praksis og kommunerne – er den naturlige indgang for de fleste sundhedsmæssige problemstillinger. Den praktiserende læge har en stor bredde i sin sundhedsfaglige tilgang til patienterne og løser de fleste sundhedsproblemer. Den praktiserende læge henviser til sekundærsektoren – sygehusvæsenet og praktiserende speciallæger, - når patienter har sundhedsmæssige behov, der kræver ydelser på et højere lægeligt specialiseringsniveau.

Det primære sundhedsvæsen – almen praksis og kommunerne - befinder sig i lokalområdet, er let at få adgang til og løser derfor mange sundhedsmæssige problemstillinger under relativ lille indgriben i patientens dagligdag, - samtidig er ydelserne i primærsektoren relativt billige.

Effektive – omhandler først og fremmest at ydelsen skal føre frem til en positiv udvikling i den sundhedsmæssige problemstilling, og dernæst at den skal tilbydes på det specialiseringsniveau, der leverer til laveste omkostninger. Effektiv omfatter således et kvalitetsaspekt, - ydelserne skal virke for at have sin berettigelse i sundhedsvæsenet, - og et kriterium for produktivitet, der medfører, at ydelserne leveres der, hvor de kan produceres virkningsfuldt til den laveste omkostning.

Nationale retningslinier

Sundhedsstyrelsen har givet anbefalinger for indhold og organisering af indsatsen for nogle sygdomsgrupper. I det omfang Sundhedsstyrelsen har givet anbefalinger, skal de følges.

Når Sundhedsstyrelsen kommer med anbefalinger for nye sygdomsgrupper eller reviderer aktuelle anbefalinger, skal det Tværsektorielle Forum for sygdomsgruppen - se nedenfor - rådgive den administrative styregruppe om en evt. justering af gældende aftaler for sygdomsgruppen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har defineret en sondring mellem specialiseret og almen genoptræning, der alene gælder genoptræning efter sygehusudskrivning (Sundhedsloven § 140).

Der er ikke andre centralt fastsatte definitioner af specialiseringsniveauer i opgaver, der indgår i et rehabiliteringsforløb. - Rehabiliteringsforløb under indlæggelse skyldes således andre forhold, - eksempelvis massive pleje- og rehabiliteringsbehov, særligt krævende og/eller relativt små patientgrupper, behov for kontinuerligt lægeligt tilsyn mv. Rehabiliteringsforløb under indlæggelse løses i særlige tværfaglige enheder, der har opbygget kompetencer på området, - eksempelvis Neuro-rehabilitering i Brønderslev.

Arbejdsdelingen i udfyldningsaftalerne angiver det specialiseringsniveau, der er fundet hensigtsmæssigt i patientforløbet for den konkrete sygdomsgruppe.

§ 2-aftaler

Det er regionens ansvar at vurdere behov for § 2-aftaler med almen praksis i et patientforløb, ligesom det er Regionens ansvar at indgå § 2-aftaler, når det vurderes nødvendigt. Almen Praktiserende læger indgår i denne proces.

Regionen finansierer § 2-aftaler med midler afsat i Kronikerenhedens budget, - §2-aftaler kan udløse ekstra aktivitet i almen praksis.

Udfyldningsaftalerne skal indeholde beskrivelse af nødvendige § 2-aftaler for den pågældende sygdomsgruppe.

Regionen udarbejder en årlig oversigt over aktiviteten i § 2-aftaler i udfyldningsaftalerne, fordelt på kommuner med henblik på en løbende opfølgning på og vurdering af, hvorvidt der er behov for at justere rollefordelingen mellem region, kommune og almen praksis.

Servicemål

Servicemål omfatter kvalitetsmål for serviceindholdet i patientforløbet, eksempelvis ventetid fra henvisning til første kontakt.

Aktiviteter, beskrevet i de obligatoriske sundhedsaftaler, følger de servicemål, der allerede er aftalt i samarbejdsaftaler og sundhedsaftaler. Servicemål for andre aktiviteter inkl. aktiviteter, målrettet mennesker med kroniske lidelser, følger principperne, aftalt mellem den enkelte kommune og regionen i sundhedsaftalerne.

Udfyldningsaftalerne kan indeholde servicemål, hvor det findes hensigtsmæssigt at afvige ovenstående principper.

Økonomi

Økonomien i patientforløbets aktiviteter bæres af den myndighedsansvarlige. Økonomiens størrelse for enkelt-aktiviteter afhænger af deltagerantallet og af den måde, aktiviteten organiseres.

Kvantificering af deltagerantal til brug i økonomiberegninger fremgår af udfyldningsaftalerne.

Forhandlingsrummet består i, at regionen og kommunen aftaler, hvilken myndighed der konkret udfører (køb/salg af ydelser) opgaven med udgangspunkt i nedenstående principper:

LEON-princippet indebærer, at økonomien iagttages, når henvisningspraksis og arbejdsdeling aftales for den enkelte sygdomsgruppe. Parterne skal ligeledes løbende arbejde for at udvikle en incitamentstruktur, der kan befordre, at aktiviteter leveres på det rette specialiseringsniveau.

Der skal være synlighed omkring de faktiske omkostninger i opgaveløsningen.

Jævnfør Lov om regioners finansiering fastlægges den kommunale medfinansiering af borgernes træk på ydelser i sygehusvæsenet og i praksissektoren. Aktivitetsløft i det regionale sundhedsvæsen har således også økonomiske implikationer for kommunerne.

På kort sigt forventes således stigende udgifter for såvel kommuner som region i forbindelse med at etablere den aftalte indsats.

På længere sigt forventes, at efterspørgslen på ydelser til mennesker med kroniske lidelser i det regionale sundhedsvæsen bliver relativt mindre. Der forventes en mere moderat udgiftsudvikling i kommunernes indsats på de kommunale forsørgelsesområder, udgifter til ældreomsorg mv., end der ellers kunne forventes, mens økonomien i højere grad anvendes til en indsats, der gør mennesker med kroniske lidelser i stand til en aktiv deltagelse i at mestre sin egen tilværelse.

Implementering, monitorering, kvalitetssikring, sundhedsfaglig udvikling og kvalifikationer i udførelse: For hver kronisk sygdom etableres et tværsektorielt forum, der skal sikre den sundhedsfaglige forankring af patientforløbet.

Kronikerenheden Nordjylland er etableret og har ansvar for implementering, monitorering, kvalitetssikring mv., blandt andet ved at servicere og agere på drøftelser, anbefalinger og beslutninger i de tværsektorielle fora for de 9 sygdomsgrupper og den administrative styregruppe for sundhedsaftaler.

Tværsektorielt forum med sundhedsfaglig vidensansvarlig formand

Der etableres et tværsektorielt forum for hver sygdomsgruppe. Det ledes af en sundhedsfaglig vidensansvarlig formand med spidskompetencer, gerne på speciallægeniveau, for det pågældende sygdomsområde.

Kommuner, region og almen praksis udpeger medlemmer af det tværsektorielle forum, der også har medlemmer fra relevante patientforeninger. Kronikerenheden sekretariatsbetjener og følger op på forummets arbejde.

Det tværsektorielle forum har en rådgivende funktion i forhold til at implementere og revidere udfyldningsaftalerne. Det tværsektorielle forum skal således følge aftalerne om patientforløbet tæt, indgå i drøftelser af implementeringsstrategier, vurdere behov for særlige initiativer, for at patientforløbet kan blive sammenhængende og af høj kvalitet, ligesom det skal rådgive om tilrettelæggelse af aktiviteter og samarbejde med henblik på høj effektivitet og på at udnytte de indsatte ressourcer optimalt. Det tværsektorielle forum skal opsøge og vurdere udviklingen i den medicinske teknologi med henblik på at overveje, om det giver anledning til at justere udfyldningsaftalerne.

Det tværsektorielle forum sikrer således den sundhedsfaglige forankring af patientforløbet og vil befordre, at den sundhedsfaglige udvikling flyder ud i alle udførende led. Det tværsektorielle forum indgår i bl.a.:

Tilrettelæggelse af udviklingsarbejde på sygdomsområdet – f.eks. ved at udarbejde en udviklingsstrategi for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatsen for sygdomsgruppen.

Kvalitetssikring af indsatsen – fastlægger kvalitetsindikatorer med udgangspunkt i den danske kvalitetsmodel.

Fælles registreringspraksis – med henblik på at tilvejebringe datagrundlag til monitorering af aftalen, herunder kvaliteten i indsatsen.

Tværgående netværk og temadage - bidrager til fælles faglig forståelsesramme og til kompetenceløft.

Praktiske retningslinier for daglig kommunikation efter sygehusindlæggelse

Det praktiske samarbejde omkring indlæggelse og udskrivning er reguleret i samarbejdsaftalen mellem region og kommuner. Det tværsektorielle forum skal overvåge, om der er behov for at udarbejde særlige praktiske vejledninger i forbindelse med den pågældende sygdomsgruppe og skal rådgive, hvis der findes behov for at justere den allerede fastsatte praksis. Dette arbejde skal koordineres tæt med kontaktudvalgene omkring sygehusene.

Det sammenhængende patientforløb sikres gennem:

- bedst mulig overlevering fra et tilbud til et andet
- at undgå for mange skiftende opholdsteder og forskellige fagpersoner
- at der er en samlet plan fra starten

Kvalifikationer i udførelsen

Det er hensigtsmæssigt, at ensartede tilbud i alle sektorer leveres af medarbejdere med ensartede formelle kvalifikationer. Det giver større sikkerhed for, at tilbudene har samme indhold og kvalitet og letter således de henvisende instanser i vurdering af det rette tilbud.

Tilbud til mennesker med kroniske lidelser med problemstillinger under fællesbetegnelsen KRAM-faktorer skal derfor være aktiviteter, hvor fagpersoner med relevante formelle kvalifikationer har ansvar for indhold og kvalitet.

Udfyldningsaftalerne fastsætter særlige kvalifikations-krav til aktiviteter i patientforløbet.

Information, herunder kommunikation mellem parterne

Information om ydelser, aktiviteter, udvikling mv. og kommunikation omkring patientforløbet, henvisninger med mere udveksles digitalt. Der skal således etableres hensigtsmæssige digitale løsninger for alle informations- og kommunikationsbehov mellem almen praksis, kommuner og region i form af digital vandrejournal og informationsportal. Indtil de rette digitale løsninger foreligger, anvendes eksisterende digitale og/eller papirbårne kommunikationsmedier.

En veludbygget praksiskonsulentordning skal medvirke i dialogen med almen praksis. Endvidere fastsættes principper for en fælles løbende PR-strategi for at motivere mennesker med kroniske lidelser til deltagelse i aktiviteter i kommuner, på sygehuse og i almen praksis.

Digital vandrejournal/patientbog

En digital vandrejournal/patientbog åbner mulighed for informations- og vidensdeling i forbindelse med udredning, diagnosticering, behandling, rehabilitering og pleje, hvor aktører fra forskellige sektorer bidrager. Det vil være et væsentligt redskab for tovholder og forløbskoordinator og et led i en styrket elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kommunerne.

Kronikerenheden sætter arbejde i gang med henblik på at udvikle en fælles digital vandrejournal for alle sygdomsgrupper. Der gøres brug af erfaringer fra Demensvandrejournalen, - samtidig iagttages initiativer fra blandt andet www.sundhed.dk på området.

Informationsportalen NordjyskSundhed

I den obligatoriske sundhedsaftale for *forebyggelse og sundhedsfremme – herunder patientrettet forebyggelse* er der med virkning fra foråret 2008 etableret en primært IT – baseret tilbudsportal, "NordjyskSundhed.dk", som drives af regionen.

Platformen synliggør og rummer de regionale og kommunale patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud samt indhold og placering af disse.

Det overordnede formål er at sikre sundhedsprofessionelle let tilgængelig og overskuelig information om kvalificerede og professionelle tilbud i sektorerne.

Portalen udbygges til at omfatte specifikke målrettede tilbud til patienter med kroniske sygdomme.

Almen praksis søger i dag informationer på Sundhed.dk. Det bør overvejes om NordjyskSundhed.dk på sigt skal integreres i www.sundhed.dk.

NordjyskSundhed.dk beskrives nærmere under punkt 1.5

Praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningen styrkes generelt. Den regionale praksiskonsulentordning styrkes for at styrke bindeleddet mellem sygehus og almen praksis, og den kommunale praksiskonsulentordning styrkes for at være bindeled mellem almen praksis og kommune og medvirke til at sikre en hensigtsmæssig henvisningspraksis.

Praksiskonsulentordningen bruger www.praksisinfo.rn.dk, der er integreret i sundhed.dk, som digital informationsportal. Dette forhold inddrages i arbejdet omkring de øvrige digitale løsninger.

Praksiskonsulentordningerne samordnes i fælles tværgående erfa-strukturer i regi af NordKAP og Kronikerenheden.

Fælles løbende PR-strategi

Fastholdelse i aktiviteter og i god livsstil er afgørende for, at patientforløbet bliver sammenhængende og hensigtsmæssigt. Der skal arbejdes kontinuerligt med en fælles PR-strategi med dette formål. Region, kommuner, NordKAP og Kronikerenheden indgår i dette arbejde.

Andre forhold

Diagnosespecifik patientuddannelse fremgår af udfyldningsaftalernes beskrivelse af arbejdsdeling i patientforløbet. Desuden kan der etableres generelle patientuddannelsesprogrammer, der går på tværs af diagnoser, og som er et godt supplement til den diagnosespecifikke patientuddannelse. Endelig beskrives forhandlingsrummet for den generelle rammeaftale og for udfyldningsaftalerne.

Generel patientuddannelse – Lær at leve med kronisk sygdom

Patientuddannelsesprogrammet "Lær at leve med kronisk sygdom" er en kommunal aktivitet, der har styrken i den lokale forankring, det generelle dagligdags indhold og i det forhold, at mennesker med kroniske lidelser er rollemodeller for hinanden.

Forhandlingsrum for den generelle rammeaftale og udfyldningsaftaler

De enkelte udfyldningsaftaler for de 9 sygdomsgrupper tiltrædes særskilt af Region og den enkelte kommune ved et tiltrædelsesdokument, hvoraf særlige aftaler om leverandør af enkelttydelser i patientforløbet kan fremgå.

Opfølgning på den generelle rammeaftale og udfyldningsaftalerne

Rammeaftalen og udfyldningsaftalerne følges op af Sundhedskoordinationsudvalget og den administrative styregruppe på baggrund af input fra eksempelvis de tværsektorielle fora for de 9 sygdomsgrupper, lokale politiske styregrupper mv.

1.3 Generel arbejdsdeling på forebyggelsesområdet.

I relation til den generelle arbejdsdeling mellem de regionale sygehuse og kommunerne på forebyggelsesområdet, har parterne aftalt, at forebyggelsestilbud, der er en del af forberedelsen til operation eller behandling, er en regional opgave. Efter endt sygehusophold er forebyggelsestilbud en kommunal opgave, hvor patienten ved udskrivning henvises til kommunale forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

Der er frit valg mellem sygehusenes forebyggelsestilbud. Der ydes fri transport efter gældende regler for transport i forbindelse med almindeligt frit sygehusvalg, det vil sige til nærmeste tilbud. Der kan ikke vælges frit mellem kommunernes patientrettede sundhedsfremme og forebyggelsestilbud.

Ved forebyggelsestilbud forstås i denne sammenhæng tilbud til borgere/patienter omkring forebyggelse af risikobetinget livsstil, herunder især på områderne kost, ryg, alkohol og motion (KRAM).

Forebyggelsestilbud som forberedelse til operation eller behandling, ved dette forstås:

Forebyggelsestilbud i forbindelse med elektive operationer eller behandling:

Regionen har ansvaret for at tilbyde forebyggelse til de kroniske patienter, der kræver en specialiseret indsats jf. Kronikerpyramiden. Dette uanset, om de kroniske patienter ikke falder ind under sygehusenes ansvar, som beskrevet ovenfor. Dette vil blive nærmere beskrevet i de sygdomsspecifikke udfyldningsaftaler, som kommuner og region på sigt indgår på kronikerområdet.

Patienter, der efter reglerne for frit sygehusvalg vælger operation/behandling udenfor regionen eller på privat hospital, er stadig omfattet af regionens ansvar. Det vil sige, at det sygehus i regionen, som den praktiserende læge visiterer til, har ansvaret for at give forebyggelsestilbud til patienten før operation/behandling.

Sygehusenes ansvar omfatter ikke:

Forebyggelsestilbud i forbindelse med undersøgelser/udredninger, der ikke forventes efterfulgt af operation eller behandling på sygehus.

1.3.1 Forebyggelsestilbud efter endt sygehusophold

Som det fremgår af sundhedsaftalerne er forebyggelsestilbud efter endt sygehusophold en kommunal opgave. Ved dette forstås:

Ved endt sygehusophold forstås, at patienten ikke længere er indlagt, men udskrevet fra sygehuset.

Kommunerne har ansvaret for at tilbyde forebyggelse til borgere/patienter, der er udskrevet fra sygehus, herunder også borgere/patienter der efter udskrivelse modtager ambulante behandling på sygehus. Inden for psykiatrien foregår en stor del af behandlingen som ambulante behandling f.eks. via distriktpsychiatriske teams, i klinikker og centre. Til et behandlingsforløb er der knyttet en behandlingsplan. Så længe patienten modtager behandling efter behandlingsplanen, har psykiatrien ansvaret for at give forebyggelsestilbud. Ved behandlingsplanens afslutning overgår ansvaret for at give forebyggelsestilbud til patientens hjemkommune.

Påbegyndte tilbud i kommunalt regi eller sygehusregi afsluttes i det på gældende regi, såfremt kommunen eller sygehuset skønner, at dette er hensigtsmæssigt. Det vil sige, at der kan være tilfælde, hvor en patient fortsat deltager i forebyggelsestilbud i kommunen efter henvisning til behandling eller operation på sygehus, eller hvor en patient fortsat deltager i forebyggelsestilbud på sygehus efter udskrivning.

Kommunerne har ansvaret for at tilbyde forebyggelse til de kroniske patienter, der kræver en ikke-specialiseret indsats jf. kroniker-pyramiden. Dette uanset, om de kroniske patienter ikke falder ind under kommunernes ansvar som beskrevet ovenfor. Dette vil blive nærmere beskrevet i de sygdomsspecifikke udfyldningsaftaler kommuner og region indgår på kronikerområdet.

Ovenstående beskriver hovedreglerne for arbejdsdeling mellem kommuner, praksis og sygehuse. Der kan dog være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt at afvige fra ovenstående arbejdsdeling. Disse situationer er beskrevet nedenfor:

For patienter, der skal opereres/behandles ambulant, overtager kommunen ansvaret for at give forebyggende tilbud, hvis patienten ønsker det.

For patienter, der efter endt sygehusophold kommer til ambulante behandling minimum 2 gange ugentligt over minimum 1 måned, og hvis borgeren/patienten ønsker det, overtager sygehuset ansvaret for at give forebyggelsestilbud.

Der er tale om en gensidig aftale mellem sygehuse og kommuner, hvor der ikke indgår økonomiske transaktioner. Det forudsættes, at både kommuner og sygehuse stiller de nødvendige forebyggelsestilbud til rådighed, således at patienter har et reelt valg. I de tilfælde, hvor kommune eller sygehus ikke kan stille forebyggelsestilbud til rådighed, kan det aftales, at den anden part leverer forebyggelsestilbudet mod betaling.

Det er den enkelte kommune, der fastlægger service-niveauet i kommunen, ligesom det er regionen, der fastlægger service-niveauet på sygehusene. Begge sektorer er forpligtede til at respektere dette og ikke stille patienter tilbud i udsigt, der muligvis ikke kan honoreres i den anden sektor. Kommunerne kan henvise patient til praktiserende læge omkring forebyggelsestilbud på sygehusene, og sygehusene kan henvise patient til den kommunale visitator på forebyggelsesområdet. Endelig vil begge sektorer kunne henvise borger/patient til den fælles tilbudsportal omkring forebyggelsestilbud i region Nordjylland.

Parterne har i fællesskab udarbejdet en regional samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning (se indsatsområde 1 og 2). I denne aftale er ovenstående arbejdsdeling beskrevet. Arbejdsdelingen er endvidere i overensstemmelse med de retningslinier vedrørende udskrivning af færdigbehandlede patienter på de somatiske og psykiatriske sygehuse, som er godkendt af kommuner og region.

1.4 Andre tiltag:

1.4.1 Forebyggelse på arbejdspladser

Forebyggelse på arbejdspladser er kategoriseret som borgerrettet forebyggelse og er dermed et kommunalt ansvarsområde. Såfremt kommunen tilbyder forebyggelsesinitiativer til virksomheder i kommunen, er regionen interesseret i at disse også gives til de regionale virksomheder.

1.4.2 Specialiseret rådgivning

Det er aftalt, at Region Nordjylland vederlagsfrit tilbyder specialiseret rådgivning til kommunerne. Er der tale om specifikke uddannelses tilbud vil det medføre en afregning. Dette uddybes under krav 2.

1.5 Synlighed.

For at skabe synlighed over hvilke typer af forebyggelses-aktiviteter, der findes i kommunerne, på sygehusene, somatiske og psykiatriske, samt i praksissektoren, er der med virkning fra 1. juni 2008 etableret en primært IT – baseret tilbudsportal, "NordjyskSundhed.dk", som drives af Region Nordjylland. Platformen synliggør og rummer de regionale og kommunale patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud samt indhold og placering af disse. Det overordnede formål er at sikre sundhedsprofessionelle let tilgængelig og overskuelig information om kvalificerede og professionelle tilbud i sektorerne. Det bør overvejes om NordjyskSundheds.dk på sigt skal integreres i www.sundhed.dk

De kommunale og regionale forebyggelsestilbud kan ses på: www.nordjyskSundhed.dk



NordjyskSundhed.dk har som overordnet mål at sikre:

1. Den enkelte borger/patient kan omsætte motivation for livsstilsændring til handling
2. Forebyggelsestilbuddene er lettilgængelige for både borgere/patienter og professionelle.
3. Tilbuddene er kvalificerede og professionelle.

NordjyskSundhed.dk skal informere om tilbud i relation til risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion samt kroniske sygdomme.

Udover NordjyskSundhed.dk er der udarbejdet en folder, der beskriver tilbudsportalen, således at borgere og patienter, der ikke har internetadgang, kan få oplysninger om, hvor man kan henvende sig vedrørende et konkret forebyggelsestiltag.

I relation til implementering af NordjyskSundhed.dk har parterne aftalt følgende arbejdsdeling:

Regionen er ansvarlig for:

- Etablering og drift af NordjyskSundhed.dk, der synliggør regionale og kommunale forebyggelsestiltag. Kommunens deltagelse i NordjyskSundhed.dk er vederlagsfrit.
- Udvikling og betjening af henvendelser i forbindelse med folder om NordjyskSundhed.dk vederlagsfrit. Mod betaling at lave fælles foldere, der synliggør forebyggelsestilbudene i kommunerne og på sygehusene.
- At synliggøre regionale forebyggelsestiltag på sygehusene (somatiske og psykiatriske) og i almen praksis.
- Vederlagsfri undervisning i relation til brug af NordjyskSundhed.dk.
- At de regionale tilbud, der synliggøres via NordjyskSundhed.dk, lever op en kvalificeret og professionel standard.
- At NordjyskSundhed.dk implementeres i sygehusregi og formidles til relevante sygesikringsydere.
- At implementere NordjyskSundhed.dk i relevant frontpersonales arbejde.

Kommunerne er ansvarlige for:

- At stille oplysninger til rådighed i relation til NordjyskSundhed.dk med henblik på, at sundhedsvæsenets medarbejdere kan vejlede patienterne/borgerne bedst muligt om relevante forebyggelsestiltag i kommunen.
- At medarbejdere fra kommunen kan deltage i undervisning i brug af NordjyskSundhed.dk.
- At de kommunale tilbud, der synliggøres via tilbudsportalen, lever op til en kvalificeret og professionel standard.
- At NordjyskSundhed.dk implementeres i relevant frontpersonales arbejde.

Krav 2. Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

2.1 Sammenhængende forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud

En forudsætning for sammenhæng i de regionale og kommunale forebyggelsestiltag er, at tiltagene bygger på samme faglige forståelsesramme/faglige standarder, således at patienter og borgere møder de samme budskaber i primær og sekundær sektor.

For at sikre sammenhængende patientrettede forebyggelsestilbud har parterne derfor nedsat et samarbejdsforum. Regionen, sygehusene (såvel somatiske som psykiatriske), almen praksis og kommunerne deltager med kontaktpersoner, der har kompetence indenfor forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, og som kan være med til at koordinere indsatsen via deltagelse i samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme. Endelig deltager den regionale koordinator for kronisk sygdom i Samarbejdsforum.

Det aftales, at der er delt formandskab og sekretariatsfunktion, således at der til enhver tid er både en regional og en kommunal formand for Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme.

Samarbejdsforums opgave er primært at koordinere den patientrettede forebyggelsesindsats på tværs af sektorerne herunder konkret:

1. At have overblik over forebyggelseskapaciteten regionalt og kommunalt med henblik på at kunne koordinere indsatsen.
2. At tage initiativ til, at der sker udvikling af faglige standarder på forebyggelsesområdet med udgangspunkt i risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet – målrettet den patientrettede forebyggelse.
3. At få udviklet og implementeret NordjyskSundhed.dk, hvor patientrettede forebyggelsestilbud synliggøres. Se krav 5
4. At sikre, at forebyggelsesindsatsen kvalitetssikres, metodeudvikles og evalueres.
5. At drøfte behovet for kompetenceudvikling og efteruddannelse, der matcher kommunernes, sygehusenes og almen praksis' behov.
6. At afdække eventuelle behov for tværkommunale / specialiserede indsatser / kampagner og at tage initiativ til gennemførelse af sådanne.
7. At følge med i udviklingen af forløbsprogrammer i relation til kronisk syge, således at det sikres, at forebyggelse og sundhedsfremme er en integreret del af kronikerindsatsen.

Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme mødes 4 gange årligt.

Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme refererer til den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler, og rammen for arbejdet er den generelle sundhedsaftale for forebyggelse og sundhedsfremme. I forhold til den patientrettede forebyggelse, har parterne konkret aftalt følgende arbejdsdeling i relation til Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme:

Regionen er ansvarlig for:

- At tilbyde et antal årlige tværsektorielle temadage vederlagsfrit for relevant personale i kommunen, almen praksis og på sygehusene - efter nærmere aftale i Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme.
- At udpege kontaktpersoner på sygehusene og i almen praksis.
- At være ajour med sygehusenes, almen praksis og kommunernes kontaktpersoner
- At implementere kvalificerede og professionelle standarder i relation til den patientrettede forebyggelsesindsats.

Kommunen er ansvarlig for:

- At udpege en repræsentant til Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme
- At relevant personale deltager i de årlige temadage/netværksmøder.
- At implementere kvalificerede og professionelle standarder i relation til den patientrettede forebyggelsesindsats.

2.2 Koordinering af kapacitet af forebyggelses og sundhedsfremmeaktiviteter

Med indførelse af NordjyskSundhed.dk får parterne overblik over forebyggelsesindsatsen, og samarbejdsforum kan i fællesskab koordinere kapaciteten på området, herunder kan parterne evt. indgå aftaler om at købe forebyggelsesydelse hos hinanden.

Krav 3. Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

3.1 Sundhedsprofiler

En forudsætning for en veltilrettelagt forebyggelsesindsats er, at den iværksættes på baggrund af en faktuel viden om sundhedstilstanden i kommuner og region. De nordjyske kommuner og Region Nordjylland har derfor i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed gennemført en stor befolkningsundersøgelse i perioden november 2006 til marts 2007. I august 2007 forelå en sundhedsprofil for den enkelte kommune og for regionen samlet. Parterne har aftalt, at man på baggrund af resultaterne fra sundhedsprofilundersøgelsen etablerer et samarbejde omkring tilrettelæggelse af tværgående indsatsområder i relation til de problemstillinger, undersøgelsen pegede på. Der er især fokus på udviklingen af kronisk sygdom, social ulighed samt unges trivsel.

Parterne har endvidere aftalt at samarbejde om at følge op på sundhedsprofilundersøgelsen – herunder at der gennemføres en fornyet undersøgelse, så kommuner og region kan følge udviklingen i sundhedstilstanden over tid.

3.2 Tilrettelæggelse og kvalitetssikring

En løbende dialog om forebyggelsesindsatsen er nødvendig for at kvalitetssikre indsatsen og for at sikre, at indsatsen udvikles på baggrund af de erfaringer, der gøres i sektorerne. Dialogen sikres i det tidligere nævnte nedsatte Samarbejdsforum.

For at opnå ovenstående forankres arbejdet i Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme. Konkret har parterne aftalt:

- At der i forhold til den patientrettede indsats, i fællesskab arbejdes med kompetenceudvikling og udviklingen af faglige standarder i relation til risikofaktorerne kost, rygning, fysisk aktivitet og alkohol. Udviklingsarbejdet skal tage udgangspunkt i både eksisterende og ny evidens på området.
- At der i regi af de tværsektorielle fora for kronisk sygdomme arbejdes med omsætning af nationale forløbsprogrammer til regionale / kommunale patientforløbsbeskrivelser.
- At kommunerne etablerer tværsektorielle faglige netværk i relation til risikofaktorerne. Regionen deltager i disse netværk. Parterne aftaler nærmere vedrørende indsatsområderne og mødefrekvens.

For at opnå ovenstående forankres arbejdet i Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme. De konkrete aftaler koordineres i overensstemmelse med rammeaftalen vedrørende kronisk sygdom.

Krav 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.

4.1 Koordination og informationsudvikling

Region og kommune 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 anvendelse af de udarbejdede forløbsbeskrivelser og evidensbaserede retningslinier. Dette ligger implicit i aftalen om den overordnede kronikermodel samt IT – portalen NordjyskSundhed.dk

Regionen er forpligtet af de standarder, der er tilknyttet Den Danske Kvalitetsmodel, som i forhold til Forebyggelse og sundhedsfremme handler om følgende:

Udkast til standard 2.17.2 omhandler information til alment praktiserende læge ved udskrivelse af patienten – en af indikatorerne i denne standard er netop, at der skal ligge en plan for forebyggelse og sundhedsfremme ved udskrivelsen.

Udkast til standard 2.17.3 omhandler information til kommunen ved udskrivelse af patient fra institution. Denne standard relaterer sig netop til sundhedsaftalerne mellem region og kommuner. Standardens formål er, at patienten oplever en velkoordineret overgang til kommunalt regi, og at kommunen har alle relevante oplysninger. En af indikatorerne er at beskrive behov for efterbehandling og opfølgning af sundhedsfremmende og rehabiliterende karakter.

Kommunerne er ikke forpligtet af Den Danske Kvalitetsmodel.

Som beskrevet under krav 1, 2 og 3 opbygger kommuner og region i fællesskab en ramme omkring den patientrettede forebyggelse gennem etablering af kronikerenheden, ansættelse af en regional koordinator for kronisk sygdom, nedsættelse af 9 sygdomsspecifikke fora, samt dannelse af Samarbejdsforum for Forebyggelse og sundhedsfremme.

Region og kommune forpligter sig til at formidle viden i egne organiseringer om relevante tilbud i både kommunalt og regionalt regi med henblik på at sikre, at de tilbud der gives til patienterne sker i overensstemmelse med den faglige evidens og dokumentation på området.

4.2 Afklaring af patientens behov

Afklaring af patientens behov vil i de fleste tilfælde ligge hos den praktiserende læge eller på sygehuset, når det drejer sig om patientrettet forebyggelse. Endvidere vil der i forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel på sygehusene blive indført en standardiseret screening af patienter i relation til deres behov og motivation for forebyggelsestilbud.

I relation til indgåelse af rammeaftalen vedrørende indsatsen for kronisk sygdom, er det en opgave for I de tværsektorielle fora for den konkrete sygdom at stratificere patienterne, således at de patienter, der har særlige behov tilbydes enten en tovholder eller en særlig forløbskoordinator. Den praktiserende læge vil i langt de fleste tilfælde være patientens tovholder – der kan være tilfælde, hvor det er rimeligt at indgå lokale § 2 aftaler med de praktiserende lægers organisation, således at de praktiserende læger honoreres for det arbejde, der ligger ud over det almindelige lægefaglige arbejde i almen praksis. De første tværsektorielle fora, der nedsættes, dækker områderne KOL, Hjerte-karlidelser samt demens. Den patientrettede indsats er nærmere beskrevet under krav 5.

4.3 Forskning og udvikling

I forbindelse med arbejdet med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud på sygehusene, i almen praksis og i kommunerne er det vigtigt, at der skabes et samarbejde mellem praksis og den forskning, der foregår på området. Regionen vil tage initiativ til, at regionens folkesundhedsafdeling etablerer et samarbejde med forskningsmiljøer på regionens sygehuse, Aalborg Universitet og University College Nordjylland. Konkret har regionen taget initiativ til at samarbejde med Afdelingen for klinisk epidemiologi om at udarbejde rapporter for forekomst af kronisk sygdom i kommunerne i regionen. Rapporterne bygger på data fra de patientadministrative systemer, PAS-data samt på data fra receptdatabasen. Det er målet, at dette samarbejde blandt andet kan indebære formidling og opdatering af viden indenfor forekomst af udvalgte kroniske sygdomme med henblik på at tilvejebringe et grundlag for forebyggelsesindsatsen regionalt og kommunalt.

Regionen er ansvarlig for:

- At yde specialiseret rådgivning til kommunernes forebyggende indsats for eksempel i form af evalueringsmetoder, forskning mv.
- At samarbejde med almen praksis og sygehusene om forebyggelsesindsatsen.
- At udvikle og tilbyde uddannelses tilbud, der bygger på dokumenterede metoder – eksempelvis rygestopinstruktøruddannelse/efteruddannelse mod betaling af kostpris – efter vejledning fra Samarbejdsforum.

Kommunen er ansvarlig for:

- At holde sig ajour med den nyeste viden blandt andet gennem deltagelse i Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme.
- At udpege medarbejdere til at deltage i Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme.

Krav 5. Hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud.

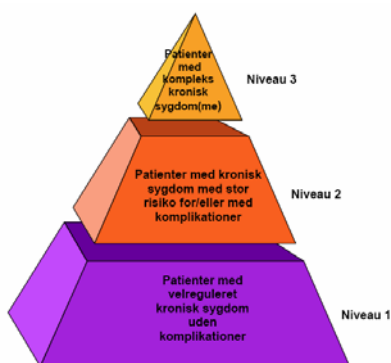
Med henblik på at identificere borgere/patienter med et konkret forebyggelsesbehov, er det vigtigt at alle aktører på sygehuse (somatiske og psykiatriske), i almen praksis og i kommunen forpligter sig til at arbejde målrettet med risikofaktorer og med at opspore de forebyggelsesbehov, der er hos patienter og borgere. Herudover er der et behov for, at patienterne langt oftere end tilfældet er i dag, vejledes i valget af forebyggelsestilbud. Her spiller den praktiserende læge en stor rolle som patientens tovholder.

5.1 Patientens tovholder og forløbskoordinator

Som beskrevet under krav 1, er der i Region Nordjylland i samarbejde med de nordjyske kommuner og almen praksis indgået en rammeaftale om den tværsektorielle indsats for kronisk syge borgere. Det er endvidere aftalt, at der indgås frivillige udfyldningsaftaler for ni udvalgte kroniske sygdomme: Hjerterkar, Diabetes, KOL, Forebyggelige kræftsygdomme, Osteoporose, Muskel-skeletlidelser, Overfølsomheds-sygdomme, Psykiske lidelser og Demens.

5.2 Det patientrettede

I rammeaftalen opereres der med tovholder- og med forløbskoordinatorbegrebet. For at afklare patienternes behov, er stratificeringen central. Rammeaftalen tager udgangspunkt i følgende 3 niveauer:



(Kilde Sundhedsstyrelsen 2007)

Niveau 1 og 2:

Patientens tovholder:

Jfr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal alle kroniske patienter have en tovholder. Tovholderbegrebet relaterer sig til den store mængde af kroniske patienter, som primært har deres kontakt til sundhedsvæsenet via den praktiserende læge. En tovholder tilknyttes en patient med henblik på at koordinere de sundhedsaktiviteter, som patienten er genstand for. Det væsentlige i tovholderfunktionen er at sikre fokus på en systematisk, koordinerende og proaktiv måde.

Tovholderens opgave er:

1. At koordinere den sundhedsfaglige indsats
2. At vurdere patientens helbred løbende
3. At følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats

Forudsætningerne for at kunne varetage funktionen er:

1. Et individuelt kendskab til patienten / adgang til relevante oplysninger
2. Tilgængelighed for patienten
3. Indgående kendskab til sundhedsvæsenet og andre relevante aktører
4. Kompetence til at indhente råd, henvise og koordinere.

Patienter på niveau 1:

Det skønnes at 65 – 80 % af alle kroniske patienter befinder sig på niveau 1. Der er tale om patienter med en velreguleret kronisk sygdom uden komplikationer. Patienten har behov for støtte i forbindelse med ændring af livsstil. Patienten medicineres i almen praksis. Som udgangspunkt er det den praktiserende læge, der vil være patientens tovholder – men for nogle patienters vedkommende vil det være relevant med en kommunal hjemmesygeplejerske som tovholder.

Patienter på niveau 2:

Det skønnes, at 20 – 30 % af patienterne befinder sig på niveau 2. Dette handler om patienter, der har stor risiko for/ eller har komplikationer i forbindelse med deres sygdom. Patienterne har brug for at blive fulgt tættere end patienterne på niveau 1. Det er patienter, der kræver supplerende udredning, har kontakt med ambulatorier, indlæggelser, speciallæger, almen praksis og kommunale tilbud. Patienten er mere syg, når ikke sine mål eller har i tillæg psykosociale problemstillinger. Her vil den praktiserende læge – evt. uddelegeret til praksissygeplejerskerne – sørge for, at patienten får det rette tilbud til den rette tid på det sted i henhold til stratificering.

Det forventes, at langt den største del af tovholderfunktionen på niveau 2 varetages af almen praksis. Det forudsættes, at der indgås § 2 aftaler mellem regionen og de praktiserende lægers organisation i relation til de opgaver, der ligger ud over det, der forventes at ligge i den almindelige lægefaglige opfølgning i almen praksis.

Patienter på niveau 3:

Patientens forløbskoordinator.

Det skønnes at 1 – 5 % af de kroniske patienter befinder sig på niveau 3. Der er tale om patienter med kompleks kronisk sygdom(-me) evt. kombineret med psykosociale problemstillinger.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at disse særligt sårbare patienter med svær kronisk sygdom, flere sygdomme eller svage ressourcer, efter en individuel vurdering tilknyttes en forløbskoordinator, når behovet ligger ud over, hvad der naturligt kan varetages af patientens tovholder.

I sundhedsaftalen for den konkrete kroniske sygdom fastlægges efter anbefaling fra det tværsektorielle forum kriterier, opgaver, beføjelser, midler, visitation samt krav til kompetencer for en forløbskoordinator. En forløbskoordinators opgaver er:

1. At støtte særlig sårbare patienter gennem koordinering af tværfaglig og tværsektoriel indsats på tværs af sygdomme. Det gøres i samarbejde med patienten og ud fra patientens behov.
2. At understøtte særlig sårbare patienters mulighed for egenomsorg via formidling af patientuddannelses tilbud.
3. At sikre opfølgning og justering af initiativerne.
4. Aktivt at formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skal eller har skiftet mellem sektorer eller forskellige behandlere.

En forløbskoordinator forventes at have specialviden om indsatsen for kronisk syge og skal kunne kommunikere og koordinere effektivt med samarbejdspartnerne og på tværs af sektorer. Det, der skal koordineres, vil oftest være forskellige ydelser i sekundærsektor, og en forløbskoordinator vil derfor oftest være en person i denne sektor, men kan, hvis patienten ikke har væsentlig tilknytning til sekundærsektor, være en sundhedsfaglig person eller eksempelvis en socialrådgiver fra kommunalt regi.

Funktionen er forankret i en organisation – men der skal sættes navn på forløbskoordinatoren. Nogle kommuner har organiseret kronikerindsatsen i et rehabiliteringsteam – som evt. også vil kunne påtage sig at være forløbskoordinator for patienten, især hvis det er arbejdsmæssig fastholdelse og den sociale rehabilitering, der fylder mest.

En forløbskoordinatorrolle kan skifte over tid, men vigtigt er, at man ikke kan slippe patienten uden at have sat noget andet i stedet, som er kendt for patienten og aktørerne omkring patienten – enten en ny forløbskoordinator eller en tovholder.

Der er i 2008 afsat et budget på 4 mio. kroner til indgåelse af § 2 aftaler, samt 4 mio. til aflønning af særlige forløbskoordinatorer i sekundær sektor.

5.3 Tilbudenes synlighed – og kronisk syges mulighed for kontakt med relevante aktører i region og kommuner.

5.3.1 Information, herunder kommunikation mellem parterne

Information om ydelser, aktiviteter, udvikling mv. og kommunikation omkring patientforløbet skal nærmere fastlægges i rammeaftalen på kronikerområdet.

For at skabe synlighed over typer af forebyggelses-aktiviteter, der findes i kommunerne, på sygehusene, somatiske og psykiatriske samt i praksissektoren, er der, som beskrevet under krav 1, med virkning fra foråret 2008 etableret en primært IT-baseret tilbudsportal "NordjyskSundhed.dk", som drives af regionen. Platformen synliggør og rummer de regionale og kommunale patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende tilbud samt indhold og placering af disse.

Tilbudsportalen har som overordnet mål at sikre:

1. Den enkelte borger/patient kan omsætte motivation for livsstilsændring til handling.
2. Forebyggelsestilbuddene er lettilgængelige for både borgere/patienter og professionelle.
3. Tilbuddene er kvalificerede og professionelle.

Udover NordjyskSundhed.dk er der udarbejdet en folder, der beskriver tilbudsportalen, således at borgere og patienter, der ikke har internetadgang, kan få oplysninger om, hvor man kan henvende sig vedrørende et konkret forebyggelsestiltag.

Arbejdsdelingen i relation til NordjyskSundhed.dk er beskrevet under krav 1.

I foråret 2008 er der gennemført en større informationskampagne målrettet de sundhedsprofessionelle i sektorerne samt i relation til borgere i Nordjylland i form af:

- pressemeddelelser
- annoncer
- artikler i personale og fagblade
- visitkort, der er tilgængelige på relevante steder – især hos egen læge samt på sygehusene
- foldere, der beskriver, hvor man kan henvende sig i kommuner og på sygehusene.

5.4 Praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningen styrkes generelt. Den regionale ordning styrkes med henblik på at styrke bindeledet mellem sygehus og almen praksis. Den kommunale praksiskonsulentordning styrkes for at styrke bindeledet mellem almen praksis og kommune. Styrkelsen af praksiskonsulentordningerne medvirker til at sikre en hensigtsmæssig henvisningspraksis.

Praksiskonsulentordningen bruger www.praksisinfo.rn.dk, der er integreret i sundhed.dk, som digital informationsportal. Dette forhold inddrages i arbejdet omkring de øvrige digitale løsninger.

Praksiskonsulentordningerne samordnes i fælles tværgående erfa-strukturer i regi af NordKAP og Kronikerenheden.

Praksiskonsulenterne i henholdsvis kommune og region kan evt. deltage i kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse. Kontaktudvalgene er et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem kommune, praktiserende læger samt sygehus på det mere praktiske plan relateret til sundhedsaftalerne. I forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme drøftes emner om indlæggelse, udskrivning samt forebyggelses og sundhedsfremmende aktiviteter.

Krav 6. Hvordan parterne følger op på aftalen.

I det følgende beskrives, hvordan Region Nordjylland og kommunerne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt.

6.1 Løbende opfølgning

Den patientrettede indsats vil for regionens andel monitoreres løbende i relation til de akkrediteringsstandarder, der er under udvikling i Den Danske Kvalitetsmodel. Kommunerne er ikke forpligtet af Den Danske Kvalitetsmodel. I forhold til forebyggelse og sundhedsfremme er det standarder omhandlende information til praktiserende læge ved udskrivelse af patienten samt information til kommunen ved udskrivelse af patient fra institution. På områder, hvor der ved indikatormålinger i forbindelse med surveybesøg og akkreditering opdages uhensigtsmæssigheder, drøftes disse i de lokale kontaktudvalg på de somatiske og psykiatriske sygehuse eller i samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme. Emner af mere generel karakter videregives herfra til den administrative styregruppe, jævnfør nedenstående.

6.1.1. Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme

Samarbejdsforum, der er nedsat af kommunerne og regionen, har blandt andet til opgave løbende at følge parternes indsats på de aftalte punkter, herunder den faktiske arbejdsdeling vedrørende patientrettet forebyggelse. Opfølgning er et fast punkt på Samarbejdsforums fire årlige møder. Formålet er at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgere på tværs af sektorgrænser.

Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme skal:

- Vurdere forebyggelseskapaciteten regionalt og kommunalt med henblik på at koordinere indsatsen
- Vurdere af IT-portalens "NordjyskSundhed.dk" herunder:
 - Tilgængelighed
 - Anvendelse af portalen
 - Faglighed og kapacitet af tilbud på portalen
- Vurdere status for kvalitetsudviklingen af faglige standarder for KRAM-faktorerne
- Vurdere den tidsmæssige sammenhæng i tilbudene i de enkelte patientforløb
- Vurdere uhensigtsmæssigheder i forløb på tværs af sektorer

6.1.2. Indsatsen for kronisk syge borgere

Arbejdet med at monitorere indsatsen for kronisk syge borgere ligger blandt andet i de nedsatte tværsektorielle fora for hver af de ni kroniske sygdomme. Her monitoreres indsatsen blandt andet på:

- Kvalitetssikring af indsatsen – kvalitetsindikatorer fastlægges med udgangspunkt i eksisterende og ny evidens.
- Fælles registreringspraksis – med henblik på at tilvejebringe datagrundlag til monitorering af aftalen, herunder kvaliteten i indsatsen.

Endvidere vil der i den etablerede kronikerenhed være en opfølgning på indsatsen for kronisk syge borgere.

6.1.3. Kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse

Kontaktudvalgene er et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og sygehus på det mere praktiske plan. Der er mulighed for at udveksle erfaring specifikt om indlæggelser eller i forhold til samarbejdet generelt. Der er mulighed for at drøfte, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller ideer fra henholdsvis sygehus eller kommunerne. Emner kan efter drøftelser i kontaktudvalgene sendes til videre orientering eller behandling i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler. Kontaktudvalgene skal hvert andet år aflevere en skriftlig status til den administrative styrergruppe.

I kontaktudvalgene deltager sygehusledelserne, mens kommunerne deltager med det kommunale ledelsesniveau, der sikrer, at indsatsområderne i sundhedsaftalerne er dækket ind. Endvidere deltager sundhedskonsulenterne på sygehuse, en repræsentant fra PLO samt evt. praksiskonsulenter fra sygehus og kommune.

Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte særlige permanente udvalg til en fokuseret indsats på enkelte områder. I de permanente udvalg er der mulighed for drøftelse af enkeltsager, mens det overordnede samarbejde i forhold til implementering, drift og udvikling af sundhedsaftalerne drøftes i kontaktudvalget.

6.1.4. Politiske styregrupper

I de kommunale/regionale politiske styregrupper, der mødes mindst to gange om året - eller efter behov, følges der op på aftalerne vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme med henblik på at sikre den lokale forankring og implementering af sundhedsaftalen. Her følges udviklingen i den enkelte kommune, og eventuelle lokale problemstillinger/tvister kan diskuteres og afklares.

6.2. Årlig opfølgning

Til efterårets sidste møde i Sundhedskordinationsudvalget vil der blive sammenfattet en status som et bidrag til den generelle opfølgning på den samlede sundhedsaftale:

- Vurdering af om de indgåede aftaler er overholdt
- Vurdering af kvalitetsudviklingen i de tilbudte forebyggende og sundhedsfremmede ydelser
- Vurdering af om IT – portalen "NordjyskSundhed.dk" fungerer efter hensigten
- Vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendige justeringer
- Vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan forbedre det samlede sundhedstilbud
- Vurdering af den samlede kronikermodel lever op til forventningerne om at skabe sammenhængende patientforløb.

Patienttilfredshedsundersøgelser af patienters oplevelser af deres behandling på sygehuset kan også inddrages. Hvert andet år er undersøgelserne landsdækkende og i modsatte år er undersøgelserne regionsdækkende. Formålet med patientundersøgelserne er at give sygehusene et redskab til at skabe de nødvendige forbedringer. Her igennem får sygehusene mulighed for at se om tidligere indsatser har båret frugt, dels hvilke områder, det er nødvendigt at give ekstra opmærksomhed.

Den første opfølgning gennemføres ved udgangen af 2009.

6.3 Konflikt håndtering

Aftaleparterne har som udgangspunkt forpligtiget hinanden til at tvister skal løses på lavest mulige niveau. Det vil eksempelvis sige direkte mellem den enkelte kommune og sygehus.

Er der ikke en umiddelbar løsning, eller er problemstillingen af generel karakter, vil det være naturligt at dette udredes i Samarbejdsforum for forebyggelse og sundhedsfremme eller i kontaktudvalgene på de somatiske og psykiatriske sygehuse. anbefalinger herfra kan så efterfølgende behandles i den administrative styregruppe, eller i sidste instans Sundhedskordinationsudvalget. Afgørelser truffet i Sundhedskordinationsudvalget forudsættes efterlevet af aftaleparterne.

6.4 Kontaktpersoner

Ved spørgsmål til det faglige indhold i sundhedsaftalen vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt arbejdet med kronikerorganisering eller ved spørgsmål til sundhedsaftalen generelt kan kontaktoplysninger på relevante kontaktpersoner i Region Nordjylland findes på www.rn.dk

Indsatsområde 6: Indsatsen for mennesker med sindslidelser

Krav 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).

Region Nordjylland varetager en række opgaver i forhold til behandling af mennesker med sindslidelser i henhold til Sundhedsloven og Psykiatriloven: Observation, udredning, diagnosticering, sygdomsbehandling, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Kommunen varetager den socialpsykiatriske indsats i forhold til mennesker med en sindslidelse i henhold til Serviceloven, Aktivloven, Beskæftigelsesloven og Pensionsloven. I henhold til Sundhedsloven har kommunen ansvar for den borgerrettede forebyggelse samt medansvar i forhold til den patientrettede forebyggelse. Lovgivningen fastsætter således arbejdsdelingen på psykiatriområdet, men der er en række opgaver, som går på tværs af regionale og kommunale myndighedsområder, hvor der er behov for at aftale særlige arbejdsdelinger for at sikre sammenhæng i behandlingsforløbet.

Udgangspunktet for samarbejdet mellem kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er, at der indgås aftaler, der tilgodeser mennesker med sindslidelse.

Der er endvidere enighed om, at det er afgørende, at kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland sikrer en koordination af, hvem der varetager opgaven i henhold til det enkelte menneske med en sindslidelse, særligt i forbindelse med overgange mellem kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland. Det er et fælles mål, at det enkelte menneske oplever sammenhæng mellem de tilbud, der tilbydes af kommunen og regionen.

Arbejdsdeling mellem de involverede parter

De nordjyske kommuner har i fællesskab med Region Nordjylland fastlagt og aftalt arbejdsdelingen mellem de involverede parter. Arbejdsdelingen mellem region og kommune og praksissektoren beskrives i den nedenstående oversigt samt i denne sundhedsaftale.

Oversigten beskriver arbejdsdelingen i forhold til målgrupperne:

- Voksne med sindslidelse,
- Børn og unge med sindslidelse
- Patienter med dobbeltdiagnose,

Der er beskrivelse af arbejdsdelingen i forhold til:

- Målgruppe (krav 1)
- Tilbud (krav 1)
- Henvisning og visitation (krav 1)
- Indlæggelse og indskrivning til ambulante behandling (krav 3)
- Udskrivning og opfølgning (krav 3 og krav 4)
- Forebyggelse og sundhedsfremme (krav 1)
- Psykiatrisk speciallægebistand (krav 1)

Beskrivelsen er fordelt på følgende sektorer:

- Praksissektor
- Kommune
- Region

1.1 Indsatsen overfor voksne med sindslidelser

Definition af målgruppen

Psykiatriens målgruppe:

Det almene voksenpsykiatriske sygehusvæsen i Region Nordjylland har det direkte behandlingsansvar over for borgere fra og med 18 år med sindslidelse og varetager behandling og den dertil knyttede observation, udredning, diagnostik, behandling og pleje af patienter med sindslidelse.

De psykiatriske afdelinger samarbejder med relevante aktører (f.eks. kommunen og praktiserende læger) i det enkelte patientforløb.

Regionsrådet har den 18. marts 2008 vedtaget en psykiatriplan for Region Nordjylland. Psykiatriplanen indeholder en række anbefalinger for udviklingen i perioden 2008-2015 blandt andet, at der skal arbejdes med følgende justeringer af målgruppen frem til 2015:

Afdeling	Målgruppen januar 2008	Målgruppen senest 2015
Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling:	0-17 år (inkl.)	0-17 år (inkl.) Op til 30 år for patienter med spiseforstyrrelse (i samarbejde med voksenpsykiatrien)
Almen voksenpsykiatrisk afdeling:	+18 år (inkl.)	+18-79 år (inkl.)
Gerontopsykiatrisk afdeling:	+65 år med demenstilstand kompliceret af psykiatriske symptomer	+65 år med demenstilstand kompliceret af psykiatriske symptomer +75 år med nyopstået psykisk sygdom +80 år med kendt psykisk sygdom
Retspsykiatrisk afdeling:	Psykiatriske patienter med dom til behandling/anbringelse samt mentalobservation +18 år (inkl.).	Psykiatriske patienter med dom til behandling/anbringelse samt mentalobservation +18 år (inkl.).

Med vedtagelsen af Psykiatriplanen for Region Nordjylland, er det præciseret, at der skal fokuseres på overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, herunder for patienter med spiseforstyrrelse, hvor der i planperioden (2008-2015) skal ske en nærmere udredning med henblik på en målrettet oprustning.

Almen praktiserende læges målgruppe:

Den praktiserende læge har det umiddelbare behandlingsansvar overfor målgruppen, herunder ansvaret for, at patienterne henvises til den fornødne behandling ved regionens sygehusvæsen eller praktiserende speciallæger i henholdsvis psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri.

Kommunens målgruppe:

Kommunen varetager forebyggende og sundhedsfremmende initiativer overfor borgerne og har ansvar for vedligeholdelse og opretholdelse af brugernes daglige færdigheder samt ansvar for at iværksætte støtteforanstaltninger, herunder tilbud og ydelser i henhold til Serviceloven.

1.1.1 Tilbud til voksne med sindslidelse

Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland:

I Psykiatrien, Region Nordjylland foregår hovedparten af behandlingen af voksne mennesker med en almenpsykiatrisk sindslidelse på de almenpsykiatriske afdelinger og i ambulante regi herunder distriktspsykiatrien. For mindre grupper af mennesker med sindslidelse med særlige behov varetager Psykiatrien mere specialiserede opgaver. Psykiatrien, Region Nordjylland har følgende behandlingstilbud:

1. Almen voksenpsykiatri (Afdeling Nord, Afdeling Syd og Afdeling Thy/Mors)

- Sengeafsnit
- Ambulant funktion, herunder distriktspsykiatri

Den ambulante behandling foregår på de psykiatriske sygehuse eller i et af de decentrale distriktskontorer, der er placeret i henholdsvis Aalborg, Brønderslev, Frederikshavn, Hjørring, Thisted, Hobro, Brovst, Dronninglund, Løgstør, Nykøbing Mors. Distriktspsykiatrien kan også varetage hjemmebesøg.

2. Specialfunktioner i almen voksenpsykiatri:

- Oligofrenifunktion (behandling af udviklingshæmmede med psykiske lidelser)
- Psykoterapeutisk klinik, herunder også et dagtilbud
- Affektiv klinik (behandling af patienter med depression og mani)
- Center for Selvmordsforebyggelse
- Psykiatrisk Skadestue/Modtagelse
- Dobbelttdiagnoseteam

3. Gerontopsykiatri

- Sengeafsnit
- Ambulant funktion

4. Retspsykiatrisk afdeling

- Sengeafsnit
- Ambulant funktion
- Mentalobservation (ambulante og indlagte)

5. Børne- og Ungdomspsykiatri

- Sengeafsnit
- Dagafsnit
- Ambulant funktion, der er inddelt i et børneambulatorium, et ungeambulatorium og et specialiseret ambulatorium til patienter med spiseforstyrrelser

Patienter, der modtager ambulante behandling er omfattet af reglerne om befordring eller befordringsgodtgørelse i henhold til sundhedsloven.

Psykiatrien og kommunerne i Region Nordjylland er enige om, at der i aftaleperioden skal være fokus på fortsat udvikling af den ambulante psykiatri. I psykiatriplanens planperiode (2008-2015) planlægges ikke med nedlæggelse af sengepladser. Sengekapaciteten vil løbende blive vurderet med henblik på vurdering om der skal ske ændringer i sengekapaciteten i opad eller nedadgående retning set i forhold til det forventede behov.

Udviklingen af den ambulante psykiatri indgår i Psykiatriplan for Region Nordjylland 2008-2015. I løbet af 2008 sker der følgende udvidelse af den ambulante behandling:

- Opsøgende psykoseteam (ACT) (etableres løbende i 2008 således funktionen er regionsdækkende)
- Dagtilbud for personlighedsforstyrrede (etableres i Afdeling Nord i 1. halvår 2008)
- Akut og intensiv ambulante behandling (etableres i Afdeling Syd i 1. halvår 2008)

Der henvises til Psykiatriplanen for Region Nordjylland 2008-2015 for yderligere beskrivelse af de fremtidige planer for udvikling af Psykiatrien, Region Nordjylland.

Tilbud i kommunen:

Kommunen sikrer, at der forefindes de fornødne sociale tilbud til at støtte den sindslidende i at leve et værdigt liv, på egne præmisser og med så stor grad af kompetence som muligt. De sociale tilbud skal være differentierede med henblik på at sikre mulighed for såvel social træning/-udvikling som vedligeholdelse af færdigheder. Jf. rammeaftalen på socialområdet drives de sociale tilbud af såvel kommunerne som regionen. Rammeaftalen fornyes 1 gang årligt med justeringer af tilbud samt pladser. Rammeaftalen forefindes på www.rn.dk.

1.1.2 Henvisningsmuligheder

Aftale vedrørende henvisning til de voksenpsykiatriske afdelinger

Psykiatrien, Region Nordjylland har i samarbejde med en praksiskonsulent udarbejdet en lægefaglig beskrivelse/tjekliste af, hvilke oplysninger, der som minimum skal være indeholdt i en henvisning fra de praktiserende læger til de almene voksenpsykiatriske afdelinger. Tjeklisten forefindes endvidere på www.sundhed.dk og Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk.

En henvisning fra praktiserende læge til en almen voksenpsykiatrisk afdeling i Region Nordjylland bør som minimum indeholde følgende oplysninger:

- Generelle personoplysninger. inkl. (mobil)telefonnummer og hvor patienten kan træffes
- Navn, adresse og telefonnummer på henviser
- Aktuell problemstilling, herunder patientens hovedklager og symptomer
- Henvisers analyse og konklusion af det hidtidige forløb og aktuell problemstilling i sagen
- Hvad forventes af henvisningen og hvorfor
- Hvilke foranstaltninger har der eventuelt været overvejet
- Angivelse af somatiske problemstillinger. Her skal det fremgå, om patienten er somatisk udredt forud for den psykiatriske henvisning
- Angivelse af evt. misbrugsproblemstilling. Det skal fremgå, om der er aktuelt misbrug og hvor omfattende, eller, hvis det er ophørt, hvor længe patienten har været stof-/alkoholfri
- Aktuell behandling samt tidligere behandlingsforsøg og effekt heraf
- Generelle oplysninger om medicinstatus. (Aktuelle totale medicinforbrug.)
- Oplysninger om tidligere psykiatriske indlæggelser og ambulante forløb i psykiatrisk regi
- Patientens motivation for at følge behandling
- Ved henvisning til Gerontopsykiatrisk team er det en forudsætning at patienten er somatisk undersøgt, og at der er angivet hvilke somatiske sygdomme/problemer patienten har. Det er ligeledes forudsat, at der er foretaget demensprøver, inkl. EKG og urinus, forud for henvisningen.
- Ved henvisning vedrørende dobbeltdiagnosepatienter skal henvisningen tillige indeholde følgende:
 - Oplysninger om patientens misbrugsanamnese (art og omfang) og dennes sammenhæng med patientens psykiske tilstand
 - Patientens behandlingsmæssige ønsker (motivation) i forhold til behandling af såvel den psykiske lidelse som misbrugstilstanden
 - Eventuelle tidligere behandlinger
 - Relevante oplysninger om patientens somatiske tilstand (f.eks. foreliggende resultater af undersøgelser for hepatitis og HIV)
 - Igangsat kommunal indsats (hvis der er kendskab hertil)

Hvis det vurderes ved visitationen eller senere i en for-visitationsamtale, at patienten ikke skal behandles i Psykiatrien i Region Nordjylland, sendes henvisningen tilbage til henviser, evt. med anbefaling af behandling i andet regi.

Henvisnings- og henvendelsesmuligheder udenfor almindelig åbningstid

Psykiatrien, Region Nordjylland:

Med vedtagelse af psykiatriplanen for Region Nordjylland er det besluttet, at der skal etableres en fælles akutmodtagelse for psykiatrien og somatikken i Region Nordjylland, der skal fungere som en primær indgang til akut psykiatrisk behandling i regionen. Målgruppen for Den Psykiatriske Skadestue udvides i forhold til i dag, så den dækker alle borgere i Region Nordjylland. Dermed vil børn og unge under 18 år fremover også kunne få akut hjælp hele døgnet. Adgangen til Den Psykiatriske Skadestue er principielt visiteret. Dog er det således, at alle kendte patienter kan henvende sig direkte i Den Psykiatriske Skadestue. En nærmere definition af "kendte patienter" forventes klar ultimo 2008 og kan efterfølgende findes på Psykiatriens hjemmeside på www.psykiatri.rn.dk

Etablering af en fælles akut modtagelse for psykiatrien og somatikken vil tidligst ske, når anlægsprojekterne er gennemført.

Den Psykiatrisk Skadestue/Modtagelse er placeret på Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg. Sindslidende med behov for hjælp kan endvidere kontakte den døgnåbne telefonrådgivning på telefon 98 13 42 02.

Kommunen er forpligtet til ved en relevant fagperson at varetage akutte sociale problemer, herunder ved afvisning i den Psykiatriske Skadestue, når det vurderes, at der ikke er en akut psykiatrisk problemstilling. Se afsnit 1.2.2 henvisningsmuligheder – den sociale døgnvagt og den sociale skadestue ovenfor.

Praktiserende læge:

Lægevagten kan anvendes ved sygdom, hvor behandlingen ikke kan vente til næste dag. Lægevagten er åben mellem kl. 16 og kl. 08 på hverdage og hele weekenden, dvs. fra fredag kl. 16 til mandag kl. 08, samt helligdage.

1.1.3 Indlæggelse og udskrivning

Udskrivning af patienter fra en psykiatrisk afdeling sker i henhold til Samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivelse udarbejdet i samarbejde mellem kommunerne, praksis og Region Nordjylland. Aftaler vedrørende udskrivning beskrives under indsatsområde 1 og 2, samt krav 3 i denne aftale. Herudover er den regionale samarbejdsaftale tilgængelig på Region Nordjyllands hjemmeside (www.rn.dk).

1.1.4 Psykiatrisk speciallægebistand

Psykiatrien, Region Nordjylland:

Når borgere i eget hjem, herunder beboere i kommunale, regionale eller private botilbud/opholdssteder, har behov for psykiatrisk udredning og eventuelt efterfølgende behandling, skal den praktiserende læge fremsende en henvisning til Psykiatrien, Region Nordjylland. Psykiatrien, Region Nordjylland kan blandt andet tilbyde distriktspsykiatrisk behandling (primært ved distriktsygeplejerske) til borgere i eget hjem, herunder beboere i kommunale eller regionale botilbud. Speciallæger i Psykiatrien, Region Nordjylland tager normalt ikke på hjemmebesøg. En undtagelse er oligofreniområdet (personer med vidtgående psykisk/fysisk handicap), hvor Psykiatrien, Region Nordjylland efter henvisning varetager psykiatrisk speciallægebistand til de tidligere amtslige institutioner, der er overgået til kommunalt regi.

Det drejer sig om følgende institutioner:

- Boenheden "Skawbo" i Skagen, Frederikshavn kommune
- Boenhederne "Kæden", i Frederikshavn kommune og Pensionatet Frederikshavn, samles i Masterplanbyggeri
- Boenhederne i Hjørring, samt pensionatet Hjørring, Hjørring kommune, samlet i Masterplanbyggeri
- Boenhederne i Brønderslev, Aabybro og Brovst, samt pensionatet i Brønderslev, nu Brønderslev og Jammerbugt kommune, samles i Masterplanbyggeri i Brønderslev
- Boenheden Dronninglund, i Brønderslev kommune
- Skovglimt i Hjallerup, Brønderslev kommune
- Boenhederne Beltoften, Boenhederne Mølholm, samles i Masterplanbyggeri i Rebildparken i Aalborg
- Boenhederne Nørresundby, Boenheden i Hals og boenheden Brinken i Hammer Bakker samles i Masterplanbyggeri i Vester Hassing, Aalborg
- Boenheden BII, som flyttes til Masterplanbyggeri i Sulsted, Aalborg
- Boenheden Svalebo og Jeppe Aakjærvej samles i Masterplanbyggeri på Studievej Aalborg
- Boenheden Sonjavej, Aalborg
- Boenheden Sofiebo, Aalborg
- Arbejds-boenheden Engbo, Hammer Bakker, samt afdeling i Klarup og Brønderslev
- Behandlingscenteret Hammer Bakker
- Autismecenter Nordjylland i Hammer Bakker, Frederikshavn, Sæby, Dronninglund, Ranum
- Pensionatet Løgstør, Vesthimmerlands kommune
- Boenhederne i Aars, Vesthimmerlands kommune
- Byen i byen i Aalestrup, Vesthimmerlands kommune
- Boenhederne i Hobro, Arden, Terndrup og Hadsund kommuner, samlet i Masterplanbyggeri i Mariagerfjord kommune
- Boenheden i Støvring, Rebild kommune

Ydelserne er omfattet af Sundhedsloven og finansiering finder sted indenfor rammerne af de almindelige finansieringsbestemmelser for sygehusydelser.

Kommunen:

Kommunen har ansvar for at sikre, at der er den fornødne psykiatriske konsulentbistand til rådighed for de kommunale bo-, beskæftigelses- og støttetilbud, i det omfang der er behov herfor. Der vil være forskellige modeller for varetagelse af den psykiatriske speciallægebistand i de kommunale socialpsykiatriske boformer.

1.1.5 Aftaler vedrørende arbejdsdelingen i forhold til indsatsen for voksne med sindslidelse

De overordnede rammer for arbejdsdeling mellem kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland, hvad angår myndighedsansvar, målgruppe henvisningsmuligheder, visitation, akutmodtagelse, mulighed for udredning og behandling, udskrivning af patienter samt koordinering af den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats er beskrevet i denne aftale. Som tidligere nævnt er der særlige opgaver, som går på tværs af regionale og kommunale myndighedsområder, hvor der er behov for at præcisere snitfladen. Det drejer sig primært om opgaver relateret til patienter i ambulant/distriktspsykiatrisk behandling samt snitfladen i forhold til varetagelse af sagsbehandling i forhold til patienter, der er indlagt eller i ambulant behandling.

1.1.6 Arbejdsdeling vedrørende patienter i ambulat behandling, herunder distriktspsykiatrisk behandling

Indsatsen vedrørende patienter i ambulat behandling går på tværs af det regionale og kommunale myndighedsområde, og der er enighed om, at det er særlig vigtigt at præcisere snitfladen mellem distriktspsygeplejerskens og de kommunale medarbejders ansvarsområde.

Der er enighed om, at det er vigtigt for samarbejdet om den enkelte patient, at de involverede parter har gensidigt kendskab til arbejdet vedrørende patienten i henhold til behandlingsplan/handleplan. Såfremt patienten/borgeren giver samtykke hertil, er der enighed om, at der udveksles relevante informationer herom.

Psykiatrien, Region Nordjylland:

Overordnet behandler sygehuspsykiatrien patienter med sindslidelser, der ifølge en lægefaglig vurdering har behov for en aktiv psykiatrisk behandlingsindsats. Denne behandling skal have et målrettet sigte i forhold til sygdommen, herunder kortsigtede og langsigtede definerede behandlingsmål defineret i en behandlingsplan. Hertil kommer en socialpsykiatrisk indfaldsvinkel, som er en integreret del af enhver psykiatrisk behandling, hvor påvirkning af miljøet i sig selv vil udgøre en egentlig behandling.

Psykiatriens ambulante behandlingsansvar, herunder distriktspsykiatrisk behandling, relaterer sig til behandlingskrævende problemstillinger, der knytter sig direkte til den psykiatriske sygdom. Det kan f.eks. være behandling af symptomer, der skyldes den psykiatriske sygdom. Det kan ligeledes være løbende stabiliserende behandling med henblik på at undgå tilbagefald eller forværring af patientens tilstand. Behandlingen skal altid være lægefagligt begrundet og have et målrettet sigte.

Distriktspsygeplejersken har fremskudte behandlingsopgaver og varetager i henhold til behandlingsplanen følgende opgaver:

- Observerer, vurderer og handler på patientens sygdomsforløb og tilstand
- Observerer, vurderer og handler på medicinens virkninger og bivirkninger
- Observerer, vurderer og handler i forhold til patientens almentilstand – herunder somatiske sygdomme, da der eksisterer en oversygelighed blandt patienter med sindslidelser i forhold til den øvrige befolkning
- Forholder sig psykoterapeutisk til patientens sygdom med henblik på mestring af sygdommen
- Bidrager til en klarlæggelse af på hvilken måde miljøet, som patienten befinder sig i, kan påvirkes for at understøtte behandlingen af sindslidelsen
- Koordinerer indsatsen i forhold til behandlingen, med henblik på en intern tværfaglig og tværsektoriel indsats i forhold til patienten, f.eks. inddragelse af og samarbejde med praktiserende læge, kommunal hjemmesygeplejerske, m.v. Formålet med denne indsats er til stadighed at arbejde på at undgå tilbagefald ved at fastholde patienten i behandling
- Varetager psykoedukation med henblik på sygdomserkendelse og sygdomsindsigt
- Samarbejder med pårørende om patientens behandlingssituation i forhold til sygdommen. Pårørende har en vigtig rolle i patientens sygdomsforløb, og derfor skal de inddrages gennem hele sygdomsforløbet samt rådes og vejledes desangående
- Tilbyder en "Spørg til børnene samtale", herunder en afklaring af patientens forældreevne under sygdommen. Erfaringsmæssigt giver en afklaring heraf patienten mere ro i sygdomsforløbet

Kommunen:

Vedrørende patienter i ambulans behandling er det kommunens myndighedsansvar at handle i forhold til patientens følgevirkning af den psykiske sygdom, herunder de ændrede livsomstændigheder samt i forhold til behov for støtte, omsorg m.v.

Kommunen har i henhold til Lov om Social Service følgende ansvar overfor personer med en sindslidelse:

- At tilrettelægge en særlig rådgivningsindsats overfor målgruppen samt at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til den del af gruppen, der må formodes ikke at henvende sig selv
- At yde en helhedsorienteret indsats afpasset den enkeltes behov, herunder forebygge, at problemerne for den enkelte forværres
- At tilbyde en individuelt tilrettelagt støtte til udvikling og vedligeholdelse af færdigheder, herunder støtte til at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v.
- At sikre mulighed for deltagelse i aktivitets- og samværstilbud samt beskæftigelse, herunder beskyttet beskæftigelse
- At sørge for botilbud til personer, der ikke magter at bo i egen bolig. Opholdet kan være af midlertidig eller længerevarende karakter.

1.1.7 Arbejdsdeling vedrørende sagsbehandling i forhold til indlagte og ambulante patienter

Opgaver vedrørende sagsbehandling i forhold til indlagte og ambulante patienter går ligeledes på tværs af det regionale og kommunale myndighedsområde, og der er enighed om, at der er behov for en præcisering af sektorernes opgavefordeling på socialrådgiverområdet for at sikre en koordineret og sammenhængende indsats på området.

Opgavevaretagelse for socialrådgivere ansat i Psykiatrien, Region Nordjylland:

- Undersøge og klarlægge patientens sociale forhold og give relevante oplysninger til kommunale myndigheder samt øvrige relevante samarbejdspartnere.
- Rådgive og vejlede om patientens sociale rettigheder under indlæggelse/i ambulans behandling og i samarbejde med patienten og dennes sagsbehandler at sikre patientens sociale rettigheder og sammenhængende forløb mellem behandling og sociale tilbud.
- Varetage en rådgivende, koordinerende, igangsættende og handlende funktion i forhold til relevante og implicerede eksterne samarbejdspartnere og myndigheder (eksempelvis i forbindelse med udskrivningskonference, samarbejds møder og færdigbehandling).
- Sikre at relevant sundhedsfaglig og socialfaglig information formidles og videregives i forbindelse med udskrivning af patienter fra indlæggelse/ambulans behandling.
- Varetage en rådgivende og vejledende specialistfunktion og sikre den tværfaglige og den tværsektorielle koordinering af indsatsen ved patientens udskrivning.

Opgavevaretagelse for sagsbehandlere ansat i kommunen:

- Yde rådgivning og vejledning samt iværksætte støttetilbud efter en konkret behovsvurdering og som en individuelt tilrettelagt indsats.
- Tovholder, når der foreligger et behov for kommunal indsats, herunder ydelser i forhold til Servicelovens eller Aktivlovens bestemmelser. I disse situationer er det sagsbehandleren, der koordinerer indsatsen - med mindre andet er aftalt.
- Indhente de fornødne oplysninger, der skal foreligge ved beslutning om iværksættelse af støtteforanstaltninger, herunder at indhente oplysninger ved relevante fagpersoner, såsom læge, psykolog, psykiatrisk speciallæge.

1.2 Indsatsen overfor børn og unge med sindslidelse

Definition af målgruppen

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling varetager udredning og komplicerede diagnostiske og behandlingsmæssige opgaver vedrørende børn og unge med psykiatriske lidelser til og med 17 år. Det drejer sig om børn og unge, der er så alvorligt syge, eller har så komplekse problemer, at de ikke kan få tilstrækkelig hjælp hos egen læge eller hos de børne- og ungesagkyndige i kommunen eller regionen.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør der altid ske en vurdering ved børne- og ungdomspsykiater eller eventuelt speciallæge i pædiatri og voksenpsykiatri i følgende tilfælde:

- Når der er mistanke om/eller påvist psykoser, affektive lidelser (mani, depression), tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker, anoreksi eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- Når børn og unge udfører alvorlige selvmordsforsøg
- Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia af børn og unge ønskes iværksat
- Ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande

Desuden vil det ofte være nødvendigt at henvise børn og unge med en kombination af psykisk og legemlig lidelse f.eks. psykisk syge børn/unge med diabetes.

Kommunen:

Kommunen har ansvar for, at de opgaver og tilbud, der omfatter børn og unge og deres familier, udføres i samarbejde med forældrene og på en sådan måde, at det fremmer børns og unges udvikling, trivsel og selvstændighed. Dette gælder både ved udførelsen af det generelle og forebyggende arbejde og ved den målrettede indsats over for børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særligt behov for støtte. I den forbindelse iværksætter Kommunen de fornødne undersøgelser og foranstaltninger.

1.2.1 Tilbud til børn og unge med sindslidelse

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling er aktuelt inddelt i:

- Et ambulatorium for børn med tilhørende dagafsnit
- Et ambulatorium for unge med tilhørende døgnafsnit
- Et ambulatorium for børn/unge med spiseforstyrrelser

Der er endvidere etableret et specialiseret og tværfagligt visitationsteam.

Ambulatoriet for børn dækker i hovedreglen aldersgruppen 0-14 år. Det tilhørende dagafsnit har 7 pladser og varetager børn op til 12 år. Ambulatoriet for unge dækker i hovedreglen aldersgruppen 15-18 år. I det tilhørende døgnafsnit indlægges store børn/unge, der har behov for korte målrettede behandlingsforløb. Døgnafsnittet har ved fuld kapacitetsudnyttelse 8 pladser, heraf 3 skærmede pladser. Målet med det fleksible døgnafsnit er, at afdelingen kan arbejde med korte veltilrettelagte behandlingsforløb.

Undersøgelse og behandling af patienter i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling omfatter alle diagnosegrupper – jf. ovenstående beskrivelse. Patienten indlægges, når der er tale om et meget svært komplekst sygdomsforløb.

Folketinget har vedtaget gradvist at indføre en udvidet udrednings- og behandlingsret for børn og unge under 19 år.

- Pr. 1. august 2008 indføres ret til hurtig udredning (maksimal 2 måneders ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien for patienter under 19 år). Regeringen vil fremsætte lovforslag herom i Folketinget 2007/2008
- Pr. 1. januar 2009 indføres ret til hurtig behandling efter udredning (maksimal 2 måneders ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien)

Region Nordjylland har siden primo 2008 overholdt udredningsgarantien.

I henhold til psykiatriplan for Region Nordjylland skal der i planperioden (2008-2015) være særlig fokus på det børne- og ungdomspsykiatriske område, hvor behandlingsfrekvensen på landsplan forventes at stige samtidig med, at sengekapaciteten i Region Nordjylland er lavere end landsgennemsnittet.

1.2.2 Henvisningsmuligheder

Aftale vedrørende henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling

Kommunen og Region Nordjylland har en fælles interesse i at nedbringe ventelisten og ventetiden til udredning og behandling af patienter i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling. Kommunen og Region Nordjylland er enige om i fællesskab at have fokus på arbejdsdelingen i forhold til indsatsen for børn og unge med sindslidelse. Der vil således i aftaleperioden være særlig fokus på optimering af henvisningsprocedure samt implementering af tiltag, der kan medføre kortere indlæggelses- og ambulante forløb, og der indgås i den forbindelse følgende aftaler:

Det er kommunens ansvar - så vidt det er muligt - at indsamle alle relevante oplysninger fra relevante forvaltninger inden henvisningen fremsendes til Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling således, at alle relevante informationer er tilgængelige ved visitationen.

Det er aftalt, at kommunen fortsat henviser i henhold til tjeklisten for Den gode henvisning, og det skal sikres, at følgende oplysninger indgår i henvisningen:

1.2.3 Tjekliste for den gode henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Psykiatrien, Region Nordjylland

Standardoplysninger:

Barnets/den unges og forældre/værges stamoplysninger
Navn, adresse, telefonnummer på henviser

Resume af baggrunden for henvisningen:

Henvisers oplysninger om det forudgående forløb og udviklingen af de nuværende problemstillinger i sagen.

Resumeet afsluttes med en samlet analyse og vurdering af, hvorfor der henvises, herunder om andre foranstaltninger har været overvejet og eventuelt iværksat.

Hvis det skønnes relevant anføres henvisnings- og evt. bidiagnose.

Resume af relevante oplysninger om barnets/den unges udviklingsforløb fra graviditet til henvisningstidspunktet :

Resumeet skal indeholde oplysninger om:

- graviditet, fødsel, og barnets første måneder
- motorisk, sproglig og anden tidlig udvikling (hvornår kunne barnet sidde, kravle, gå , tale i ord og sætninger og hvornår blev barnet renligt?)
- den sociale udvikling (hvordan var barnets kontakt i spædbørnsperioden, udvikling i kontakt med jævnaldrende, kan barnet indgå i lege med jævnaldrende, hvordan klarer barnet sig i skole, pasningstilbud og i kontakten med kammerater?)
- familiære forhold, herunder oplysninger om familie, søskende og eventuelle sociale eller sygdomsmæssige problemstillinger (fx problemer med forældremyndighed, sygdom, andre sociale problemer samt formodede arvelige lidelser i familien).
- oplysninger om nuværende eller tidligere legemlige sygdomme, herunder kendte allergier og evt. medicinsk behandling.

Øvrige oplysninger:

Udfyldt samtykkeerklæring.

Kopier af diverse undersøgelser og behandlingsresultater.

Eventuelle aftaler, der er indgået med den henvistes familie.

Praktiske oplysninger fx navn og kontaktoplysninger på personer/instanser der er involveret i sagen.

Evt. behov for tolkebistand.

Henvisningen afsluttes med underskrift fra den henvisende myndighed/kontaktperson.

Det er aftalt, at kommunen indhenter samtykke fra forældrene til, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling kan indhente relevante oplysninger om patienten fra kommune og praktiserende læge. Samtykkeerklæringen fremsendes sammen med henvisningen.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling har i løbet af 2006 gennemført en evaluering af proceduren for henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling samt anbefalinger til opkvalificering af henvisningsproceduren.

Det er aftalt, at der fortsat i 2007 og 2008 er fokus på styrkelse af henvisningsproceduren og Psykiatrien, Region Nordjylland tager initiativ til, at der arbejdes videre med implementering af anbefalingerne vedrørende opkvalificering af henvisningerne til Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, herunder opkvalificering af henvisninger fra de praktiserende læger. Udviklingsarbejdet gennemføres blandt andet med støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets satspulje 2005-2008, hvor Psykiatrien har modtaget ca. 300.000 kr. til inden for puljeperioden at gennemføre ovennævnte evaluering af henvisningsproceduren, udvikle og implementere tiltag, der kan opkvalificere henvisningsproceduren samt vurdere effekten af nye tiltag. Resultatet af udviklingsarbejdet vil blive indarbejdet i den kommende sundhedsaftale.

For at sikre, at alle relevante informationer er til stede i henvisningen – jf. Checklisten for Den gode henvisning - kan der vedlægges bilag, der underbygger Den gode henvisning eksempelvis en socialfaglig undersøgelse (eventuelt § 50-undersøgelse – jf. Lov om Social Service) og psykologisk undersøgelse.

Der er enighed om, at der er følgende minimumskrav til henholdsvis den socialfaglige undersøgelse og den psykologiske undersøgelse, der skal fremgå af henvisningen:

Aftale vedrørende indhold i den socialfaglige undersøgelse:

Den socialfaglige undersøgelse bør indeholde oplysninger om familie, forældre og søskende, samt hvilke problemstillinger, der i øvrigt er i familien, herunder om der er disposition til psykiske lidelser i familien. Det skal endvidere angives, på hvilken måde den sociale situation for familien, er påvirket af problematikken, og på hvilken måde man fra de sociale myndigheders side har iværksat en støttende indsats forud for henvisningen, eller om man er i gang med en undersøgelse af familiens behov for dette. Det hører ligeledes med til den sociale undersøgelse at oplyse om barnets eller den unges aktuelle eller tidligere legemlige lidelser. Det er endvidere vigtigt at oplyse om en eventuel igangværende undersøgelse eller behandlingsindsats fra anden lægelig side. Der tages udgangspunkt i checklisten vedrørende Den gode henvisning ved planlægning af den nødvendige socialfaglige undersøgelse.

Aftale vedrørende indhold i den psykologiske undersøgelse:

Den psykologiske undersøgelse skal som minimum oplyse om barnets eller den unges udvikling frem til aktuelle alder. Dvs. oplysninger om tidlige motoriske, sproglige og sociale udvikling samt om eventuelle tidligere udviklingsrelaterede problemstillinger, herunder f.eks. perioder med depression, angst eller tvangssymptomer og lignende. Det er vigtigt at oplyse om adfærdsmæssige problemstillinger, samt om anvendte metoder til pædagogisk og psykologisk at afhjælpe disse vanskeligheder. Endeligt er det en forudsætning for den børne- og ungdomspsykiatriske indsats, i forhold til udviklingsrelaterede vanskeligheder, at der foreligger en relevant psykologisk evnevurdering. Der kan i den forbindelse tages udgangspunkt i den børneneuropsykologiske referenceramme, udarbejdet af en arbejdsgruppe under Børneneuropsykologisk Selskab og Børneneuropsykologisk Fagnævn, der anbefaler følgende funktionsvurderinger:

- Generelt funktionsniveau/intelligens
- Opmærksomhedsfunktion
- Hukommelsesfunktion
- Sprogfunktion
- Visuel/spatial funktioner (konstruktive funktioner)
- De eksekutive funktioner (højere kognitive funktioner)
- Den motoriske funktion (selvhjulpethed)
- Social kognitiv funktion

Ved oplagte sprogvanskeligheder bør der foreligge talepædagogisk undersøgelse.

1.2.4 Henvendelsesmuligheder udenfor almindelig åbningstid

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling:

Med vedtagelse af psykiatriplan for Region Nordjylland er det besluttet, at børn og unge efter henvisning fra den praktiserende læge kan henvende sig akut i Den Psykiatriske Skadestue med henblik på psykiatrisk vurdering og mulighed for indlæggelse, hvis der konstateres behov herfor. Adgangen til Den Psykiatriske Skadestue er principielt visiteret. Dog er det således, at alle kendte patienter (børn, unge og voksne) kan henvende sig direkte i Den Psykiatriske Skadestue. En nærmere definition af "kendte patienter" forventes klar ultimo 2008 og kan efterfølgende findes på Psykiatriens hjemmeside på www.psykiatri.rn.dk

Kommunen er forpligtet til ved en relevant fagperson at varetage akutte sociale problemer, herunder ved afvisning i den Psykiatriske Skadestue, når det vurderes, at der ikke er en akut psykiatrisk problemstilling. Se afsnit 1.2.2 henvisningsmuligheder – den sociale døgnvagt og den sociale skadestue ovenfor.

Ændringer i muligheden for akut modtagelse af børn og unge under 18 år i Psykiatrien, Region Nordjylland vil blive meddelt Psykiatriens samarbejdspartnere og fremgå af Psykiatriens hjemmeside (www.psykiatri.rn.dk)

Det er aftalt, at Psykiatrien, Region Nordjylland i 2. kvartal 2008 tager kontakt til kommunerne med henblik på konkret at orientere om muligheden for akutfunktion i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Region Nordjylland.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling har udarbejdet en vejledning vedrørende, hvordan samarbejdspartnere skal forholde sig i akutte situationer, herunder hvordan der kan ydes telefonisk konsultativ bistand i akutte situationer, indtil der etableres akut funktion i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling. Vejledningen er fremsendt til alle kommuner i Region Nordjylland i maj 2007. Vejledningen indeholder nedenstående oversigt over muligheder, hvis børn eller unge under 18 år har brug for psykiatrisk bistand. Oversigten er ligeledes fremsendt til de praktiserende læger og pædiatriske afdelinger i Region Nordjylland. Oversigten forefindes på www.psykiatri.rn.dk.

Oversigt over muligheder hvis børn eller unge under 18 år har brug for psykiatrisk bistand	
Forebyggelse af akutte situationer	Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Aalborg Psykiatriske Sygehus har åben konsultation 2 timer hver 14. dag, hvor samarbejdspartnere kan bestille tid til at modtage konsulentbistand i forbindelse med enkeltssager. Tidsbestilling kan foretages på hverdage fra kl. 8.00-9.30 samt kl. 12.30-14.30 på tlf. nr. 96 31 15 24 vedr. børn i alderen 0-14 år og tlf. nr. 96 31 15 12 vedr. unge i alderen 15-17 år. Senest 1 uge før mødet fremsendes et resumé af sagen med oplysning om alder, køn samt en præcisering af problemstillingen, og hvad der særligt ønskes drøftet. Der skal ligeledes fremsendes en beskrivelse af hidtidige tiltag og effekten heraf samt overvejelser vedrørende fremtidige tiltag.
Prioriteret subakut indsats	Hvis det vurderes, at der ikke er akut behov for psykiatrisk hjælp kan der sendes en henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrien, hvorefter der speciallægefagligt tages stilling til om det er relevant, at patienten får en prioriteret subakut tid, således at undersøgelse og behandling igangsættes indenfor 1-2 uger. Henvisningen skal sendes til Aalborg psykiatriske Sygehus, Afdeling A, Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg). Elektroniske henvisninger skal sendes til: Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling - 8026 01 - lokationsnummer 5790000204298.

1.2.6 Aftale vedrørende udskrivning og opfølgning

Udskrivning af patienter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling sker i henhold til samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning udarbejdet i et samarbejde mellem kommunerne, praksis og Region Nordjylland. Aftaler vedrørende udskrivning beskrives under indsatsområde 1 og 2 i sundhedsaftalen, samt krav 3 i denne aftale. Herudover er den regionale samarbejdsaftale tilgængelig på Region Nordjyllands hjemmeside (www.rn.dk).

Der er aftalt følgende præcisering vedr. udskrivning og opfølgning af børn og unge i psykiatrien:

Udskrivningskonference:

Under forudsætning af patientens samtykke tilbyder Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling afholdelse af en udskrivningskonference så tidligt i forløbet som muligt. Udskrivningskonferencen afholdes inden færdigmeldingsdatoen. Hvis dette ikke er muligt skal sygehuset/kommunen redegøre herfor. Udskrivningskonferencen er et netværksmøde med deltagelse af patienten, evt. pårørende og de relevante samarbejdspartnere fra kommunen, hvor diagnose og anbefalinger om intervention i forbindelse med den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse fremlægges. Inden udskrivningskonferencen/netværksmødet har Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling hentet forældrenes samtykke til overdragelse af udskrivningspapirer til kommunen.

Begge parter tilstræber, at deltagerne i udskrivningskonferencen er i besiddelse af den relevante faglige kompetence.

Udskrivningsbrev:

Når et patientforløb afsluttes i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Region Nordjylland, udarbejdes der et udskrivningsbrev, der hurtigst muligt og senest inden for 5 hverdage fremsendes til praktiserende læge og efter aftale med patienten øvrige relevante parter. Ved beskrivelse af støttebehov skal Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Region Nordjylland fremkomme med en faglig begrundet anbefaling om den nødvendige indsats i regi af kommunen.

Kommunen vurderer og etablerer efterfølgende relevante tilbud med hensyntagen til diagnose og anbefalinger i udskrivningsbrevet.

1.2.6 Aftale vedrørende styrkelse af samarbejdet i forbindelse med tværgående opgaver vedrørende børn og unge med sindslidelse

Det er aftalt, at der i aftaleperioden skal arbejdes på at styrke samarbejdet i forbindelse med tværgående opgaver i forhold til børn og unge med sindslidelse.

Styrkelse af den opfølgende indsats i forhold til patienter, der udskrives fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling

Kommunerne i Region Nordjylland har ansvar for, at der fremsendes en ansøgning til Socialministeriets satspulje for 2007 med henblik på etablering af et projekt til styrkelse af den opfølgende indsats i forhold til patienter, der udskrives fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.

Projektet vedrører etablering af en fælles kommunal funktion/vidensgruppe bestående af kommunale medarbejdere med faglig viden vedrørende børn og unge med sindslidelse. Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling indgår i projektet som en central samarbejdspartner for vidensgruppen, idet der løbende afholdes dialogmøder med deltagelse af repræsentanter fra den kommunale vidensgruppe og repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.

Formålet med projektet er:

- At skabe gensidig forståelse vedrørende opbygning, organisering, arbejdsgange og handlemuligheder m.v. i de to sektorer/myndigheder
- At udvikle viden om/forståelse af, hvilken indsats, der virker, og hvilken indsats, der er tilstrækkelig i forhold til børn og unge, der udskrives/udsluses fra indlæggelse eller ambulante behandling i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling
- At udvikle samarbejdet vedrørende opfølgning efter udskrivning fra indlæggelse eller ambulante behandling i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling

Målet med projektet er at styrke indsatsen overfor børn og unge, der udskrives fra indlæggelse eller ambulante behandling i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, herunder at sikre, at der med udgangspunkt i de faglige anbefalinger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i kommunalt regi etableres optimale foranstaltninger for børn og unge med sindslidelse ud fra princippet om mindst muligt indgreb.

Fortsættelse og udbygning af tilbud om åben konsultation i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling for samarbejdspartnere

Med en bevilling fra Regionsrådet vil der fra 2008 og fremadrettet være en fortsættelse og udbygning af tilbud om åben konsultation i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling for samarbejdspartnere.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling har åben konsultation 2 timer hver 14. dag - med mulighed for udvidelse til 3 timer hver 14. dag, hvis der er behov for det – hvor samarbejdspartnere (praktiserende læger, PPR, Socialforvaltninger/Børne- og Kulturforvaltninger samt relevante regionale sektorer) kan bestille tid at modtage konsulentbistand i enkeltsager fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i forbindelse med enkeltsager.

Senest en uge før mødet fremsendes et kort anonymiseret resumé af den sag, der ønskes drøftet. I sagsresuméet skal der indgå oplysning om alder og køn samt en præcisering af problemstillingen, og hvad der især ønskes drøftet.

Hvis der er givet tilladelse fra barnet/den unge og/eller forældre/værge, kan der angives navn i resuméet. Der skal ligeledes fremsendes en beskrivelse af hidtidige tiltag og effekten heraf samt overvejelser vedrørende fremtidige tiltag samt eventuelle spørgsmål til de børne- og ungdomspsykiatriske konsulenter.

Hvis der er behov for en faglig vurdering af en speciallæge, foregår konsultationen i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Hvis den faglige vurdering kan varetages af anden faggruppe i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling kan konsultationen foregå decentralt (i kommunen eller lokalområdet).

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling har i efteråret 2007 taget initiativ til afholdelse af dialogmøder med de henvisende kommuner i Region Nordjylland med formålet at udvikle og skabe nye muligheder i det tværsektorielle samarbejde samt tydeliggøre snitfladen i opgavevaretagelsen mellem kommunerne og Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling vil tage initiativ til, at der i løbet af 2008 vil blive afholdt tilsvarende dialogmøder med de praktiserende læger i Region Nordjylland.

1.3 Indsatsen overfor dobbeltdiagnosepatienter

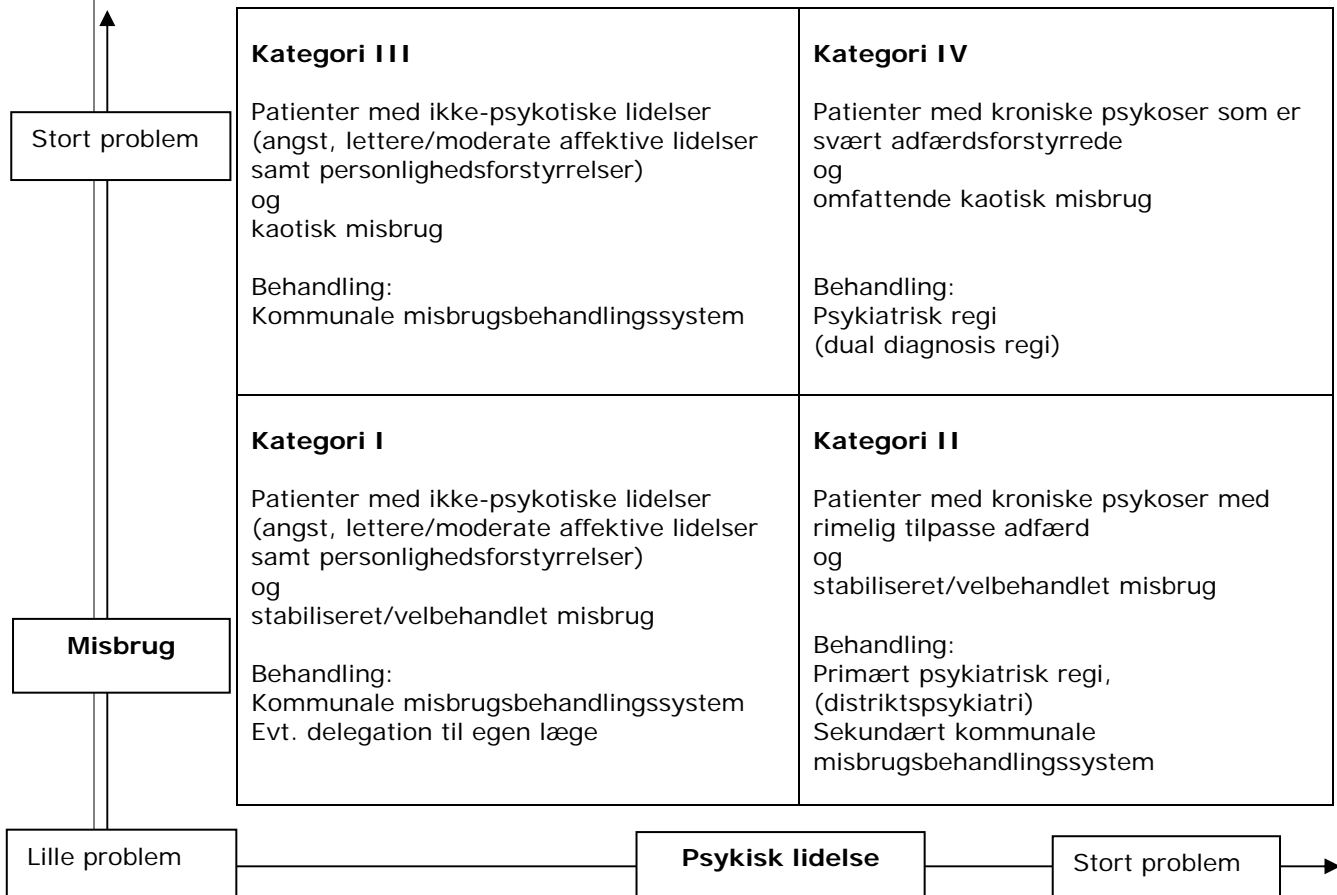
At hjælpe mennesker med en alvorlig psykisk lidelse, der samtidig har et alvorligt misbrugsproblem kræver en stor opsøgende indsats, et tværfagligt behandlingssystem med en dobbeltekspertise og kompetence, der går på tværs af sektorer samt et tæt samarbejde og en tæt koordinering af indsatsen mellem behandlingstilbud i region og kommune.

Der er enighed om, at det er afgørende, at koordinerer indsatsen for sindslidende misbrugere med formålet at sikre, at patienter indenfor målgruppen ikke befinder sig i et gråzoneområde mellem den regionale og kommunale opgavevaretagelse.

Regionen og kommunerne i Region Nordjylland har i samarbejde udarbejdet en rapport med formålet at styrke indsatsen i forhold til dobbeltdiagnosepatienter, herunder koordinering af den indsats, der går på tværs af sektorer. Rapporten vedrørende indsatsen i forhold til dobbeltdiagnosepatienter er at finde på regionens hjemmeside www.rn.dk.

1.3.1 Definition af målgruppen

Nedenstående figur illustrerer de overordnede principper for rammerne i behandlingen af misbrugere med psykiske lidelser.



Figuren illustrerer, hvor det primære ansvar for intervention/tilbud fra det offentlige i forhold til borgeren ligger.

Psykiatriens målgruppe:

Regionen skal tilbyde sygehusbehandling, når der ud fra en lægefaglig vurdering er behov for en sygehusbehandling. Henvielse til sygehusbehandling sker via praktiserende læge, der foretager den lægelige vurdering af behovet for sygehusbehandling.

Behandlingstilbuddene i sygehusregi (indlæggelse, ambulante behandling, distriktspsykiatri, dobbeltdiagnoseteam, opsøgende psykoseteam) er hovedsagelig til personer i kategori 4 (patienter med et stort misbrug og kroniske psykoser, som er adfærdsforstyrrede) samt en del personer i kategori 2 (patienter med moderat/velbehandlet misbrug og kroniske psykoser med tilpasset adfærd).

Kommunens målgruppe:

Patienter i kategori 1 og 3 har ikke en psykiatrisk lidelse af en sådan karakter og et sådant omfang, at behandlingen af tilstanden henhører under Psykiatriens behandlingstilbud. I kategori 1 og 3 er der tale om lettere og mindre omfattende psykiske lidelser, der bør udredes på sufficient vis hos den praktiserende læge eller eventuelt via praktiserende læge i samarbejde med den kommunale misbrugsbehandling.

Kommunerne har det samlede ansvar for forebyggelse, behandling og efterbehandling af alkoholmisbrugere og stofmisbrugere. Yderligere skal kommunerne tilbyde substitutionsbehandling.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og misbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud.

Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper - herunder tilbud, som særligt retter sig mod sindslidende alkoholmisbrugere.

Kommunen har pligt til at tilbyde alkohol-/ afvænningsbehandling senest 14 dage efter, at misbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Det er kommunen som beslutter, om misbrugeren skal tilbydes ambulante behandling, dagbehandling eller døgnbehandling.

Behandling og rådgivning af alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det. En alkoholmisbruger har ret til vederlagsfri behandling på et alkoholambulatorium efter eget valg. En alkoholmisbruger har således uden henvisning ret til behandling på et alkoholambulatorium, som ikke er en del af det kommunale tilbud.

Adgang til substitutionsbehandling kan kun opnås gennem den kommune, hvor stofmisbrugeren har bopæl. Der er således ikke frit valg af behandlingssted.

Kommunerne har ud over det behandlingsmæssige ansvar overfor misbrugere ansvar for den patient- og borgerrettede forebyggelse og for den sociale omsorg i bred forstand til borgere, der har behov for kommunal hjælp - således sociale støtteordninger, botilbud, beskyttet beskæftigelse, uddannelse, aktivitets- og samværstilbud, hjemmepleje mv.

1.3.2 Tilbud til dobbeltdiagnosepatienter

Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland:

Ambulant behandling

En del patienter med dobbeltdiagnose har hidtil været og vil fortsat fremover blive behandlet i de distriktpsykiatriske teams/almenpsykiatriske ambulatorier. Det drejer sig typisk om patienter, hvor en mere specialiseret behandlingsindsats rettet mod den dobbelte problemstilling ikke vurderes at være relevant.

Indlæggelse

Ved behov for indlæggelse af patienter med dobbeltdiagnose sker indlæggelse på et almen voksenpsykiatrisk sengeafsnit, eventuelt på Retspsykiatrisk afdeling i sjældne tilfælde. Indlæggelse vil kunne finde sted både akut og planlagt, hvor akut indlæggelse almindeligvis er begrundet i en meget dårlig psykisk tilstand, mens planlagt indlæggelse i højere grad kan være begrundet i kombinationen af misbrugstilstanden og den psykiske tilstand.

Dobeltdiagnoseteamet

Dobeltdiagnoseteamet har ansvar for udredning og diagnosticering af henviste patienter indenfor målgruppen. Det er endvidere dobbeltdiagnoseteamets opgave at motivere patienter indenfor målgruppen for behandling og forstå de ambulante behandlingsopgaver i forhold til målgruppen (indlede behandling og foretage efterbehandling i forlængelse af indlæggelse). Dobbeltdiagnoseteamet formidler indlæggelse i en almen voksenpsykiatrisk afdeling, når dette skønnes nødvendigt.

Alle nyhenviste patienter til dobbeltdiagnoseteamet udredes primært gennem en eller flere forvisitationssamtaler. I det omfang, at patienten ikke skønnes at være fyldestgørende diagnostisk og misbrugsmæssigt udredt, indebærer en sådan forvisitationsundersøgelse altid deltagelse af dobbeltdiagnoseteamets overlæge. I det omfang, at dette ud fra de foreliggende oplysninger ikke skønnes at være det primært mest nødvendige, foretages den primære udredning ved anden/andre relevante fagpersoner fra dobbeltdiagnoseteamet.

En væsentlig del af de patienter, som dobbeltdiagnoseteamet modtager i behandling, har aktuelt eller tidligere været i kontakt med psykiatrien. Dobbeltdiagnoseteamets primære indsats består således i at varetage grundig udredning.

Et centralt element i den primære behandlingsindsats overfor patientgruppen, er af motivationsfremmende art.

Sideløbende med den egentlige behandlingsindsats har dobbeltdiagnoseteamet i udstrakt grad et tæt samarbejde med de for den enkelte patient relevante instanser, herunder socialpsykiatriske tilbud.

Dobeltdiagnoseteamet varetager konsultative funktioner, supervisionsopgaver og undervisning i forhold til sengeafsnit samt distriktsteams og andre ambulante funktioner ved psykiatrien i Region Nordjylland. Teamet har endvidere en koordinerende funktion i forhold til den samlede indsats overfor denne patientgruppe og overfor den enkelte patient (i sidstnævnte tilfælde består dette typisk i kontakt til socialforvaltning, andre relevante sociale institutioner, egen læge og sengeafsnit).

Tilbud i praksissektoren:

For en stor gruppe af borgere med psykiske sygdomme foregår behandlingen hos den praktiserende læge, og også i forhold til dobbeltdiagnosepatienter er den praktiserende læge centralt placeret og en meget vigtig samarbejdspartner i forhold til både Psykiatrien, Region Nordjylland og kommunerne.

Det er aftalt, at det i aftaleperioden skal arbejdes på at styrke/udbygge praksiskonsulentordningen i Psykiatrien, Region Nordjylland blandt andet med formålet at sætte fokus på opsporing og tidlig udredning og at opnå mere ensartet henvisningspraksis til psykiatrien.

1.3.3 Henvisningsmuligheder

Henvisning til Psykiatrien, Region Nordjylland:

Hvis borgeren med en dobbeltdiagnoseproblematik henvender sig til praktiserende læge med ønske om behandling af sygdomssymptomer, kan praktiserende læge foretage udredning og behandling af sygdommen og henvise til udredning i Psykiatrien, såfremt det findes lægeligt indiceret.

Før henvisning til Psykiatrien skal der ske en forudgående udredning, der til et vist niveau dokumenterer, at der er tale om en behandlingsopgave, der kræver sygehusbehandling, og dermed er omfattet af den regionale psykiatriske opgavevaretagelse.

En henvisning fra praktiserende læge til en voksenpsykiatrisk afdeling udarbejdes i henhold til tjeklisten for henvisning til almen voksenpsykiatrien, Region Nordjylland, der er at finde på www.sundhed.dk og www.psykiatri.rn.dk.

Patienter uden forudgående tilknytning til Psykiatrien, Region Nordjylland henvises efter sædvanlig procedure til den almene voksenpsykiatriske afdeling, der dækker området (afdeling Syd, Nord eller Thy/Mors). Ved henvisning af patienter med dobbeltdiagnose tages indledningsvist stilling til, hvorvidt patienten på baggrund af de foreliggende oplysninger er omfattet af dobbeltdiagnoseteamets målgruppe, eller om man i den voksenpsykiatriske afdeling skal foretage en forvisitation, og på baggrund heraf viderevisitere til eksempelvis distriktskykiatrien, opsøgende psykoseteam, dobbeltdiagnoseteamet eller foranstalte indlæggelse af patienten som led i en nærmere udredning.

Patienter, der i forvejen er indlagt eller i ambulant behandling og skønnes omfattet af dobbeltdiagnoseteamets målgruppe, kan henvises videre til dobbeltdiagnoseteamet af den almenpsykiatriske afdeling.

Dobeltdiagnoseteamets geografiske optageområde er borgere i Aalborg Kommune. Dog kan komplicerede misbrugspatienter fra den øvrige del af regionen viderevisiteres til dobbeltdiagnoseteamet af den lokale almenpsykiatriske afdeling.

Henvisning til misbrugsbehandling i kommunerne:

Alle borgere kan af egen drift henvende sig i et misbrugscenter – der kræves ikke lægelig eller anden henvisning. Hvis der skal etableres et behandlingstilbud, vil der blive indgået en aftale herom med hjemkommunen. Det bemærkes dog, at borgere med alkohol- og medicinmisbrug (misbrug af lægeordineret medicin) kan være anonyme i behandlingen, hvilket ikke gælder for stofmisbrugere. Principielt kan borgere fra andre regioner – efter aftale med hjemkommunen - også imødekommes, hvis der er ønske om behandling i Misbrugscentret.

Følgende kommuner har indgået aftale med Region Nordjyllands Misbrugscenter om varetagelse af misbrugsbehandlingen.

- Mariager Kommune
- Vesthimmerlands Kommune
- Rebild Kommune
- Jammerbugt Kommune
- Brønderslev Kommune
- Hjørring Kommune
- Frederikshavn Kommune
- Læsø Kommune

1.3.4 Udredning og behandling

I de almene voksenpsykiatriske afdelinger og retspsykiatrisk afdeling foretages udredning og behandling (ambulant og under indlæggelse) af patienter indenfor kategori 2 og 4. Patienter med dobbeltdiagnose udredes og behandles for den psykiske lidelse samt for abstinenser, hvor indlæggelse er nødvendig. Der udredes og behandles endvidere for følgetilstande til misbruget. Ved somatiske følgetilstande henvises om nødvendigt til nærmere udredning på relevant somatisk afdeling. I forbindelse med den psykiatriens behandling motiveres patienten for misbrugsafvænnning, og der informeres om muligheden for behandling af misbruget i det kommunale regi efter afsluttet psykiatrisk behandling.

Patienter med kroniske psykoser med et stabiliseret eller velbehandlet misbrug behandles i de almenpsykiatriske funktioner (sengeafsnit, distriktspsykiatri/ambulatorier). Når den psykiske lidelse er stabiliseret vil den fortsatte behandling kunne overgives til egen læge, og et eventuelt bestående misbrug vil da almindeligvis skulle kunne varetages i regi af den kommunale misbrugsbehandling.

1.3.5 Afrusning

Afrusning og afgiftning af patienter med dobbeltdiagnose kan varetages følgende steder:

- Afrusning hos praktiserende læge
- Akut afrusning i somatisk eller psykiatrisk sygehusregi
- Afrusning samt afgiftning i kommunalt regi (primært på forsorghjem eller i private døgntilbud)

Afrusning hos praktiserende læger:

De praktiserende læger varetager hovedparten af kortere varende ambulant alkoholafrusning i regionen. Praktiserende læger kan endvidere i et vist omfang indgå i akut afgiftning af stofmisbrugere.

Afrusning i Psykiatrien, Region Nordjylland:

Psykiatrien, Region Nordjylland foretager afrusning af patienter, når der er tale om en kompliceret afrusning, hvilket indbefatter:

- Afrusning af svært psykisk syge patienter (eksempelvis patienter med alvorlig skizofreni, alvorlig depression eller lignende).
- Afrusning af patienter med begyndende eller manifest delirøs tilstand (en potentielt livstruende abstinensstilstand, med mere udtalt uro og begyndende eller manifesterede hallucinationer) som nødvendiggør en mere intensiv behandling eventuelt under tvang i henhold til Psykiatrilovens bestemmelser.

I henhold til Psykiatriplanen for Region Nordjylland er det vedtaget, at der, når de anlægsmæssige muligheder er til stede, skal etableres en fælles akutmodtagelse for psykiatrien og somatikken. I akutmodtagelsen skal der etableres et særligt samarbejde mellem medicinsk akutmodtagelses afdeling og psykiatrisk akut modtagelses afdeling vedrørende afrusning, og herunder et samarbejde om fælles betjening af sengepladser til afrusningsopgaven.

I de situationer, hvor der ikke er en psykiatrisk komplikation, men behov for indlæggelse i forbindelse med afrusningen, foretages afrusningen på de medicinske afdelinger på somatisk sygehuse.

Indlæggelse til afrusning finder sted, når tilstanden kræver en tættere og døgnbaseret observation af sundhedsfagligt personale inkl. læger, ligesom indlæggelsen desuden vil kunne være den eneste mulighed for at sikre, at den misbrugende samtidig med abstinensbehandlingen ikke – helt eller delvist - fortsætter med at misbruge. Sidstnævnte indebærer en væsentlig risiko for en alvorlig og eventuel livstruende forgiftningstilstand.

Afrusning/afgiftning i kommunerne i Region Nordjylland

Kommunen har myndighedsansvaret i forhold til behandling af alkoholmisbrugere og stofmisbrugere. Når der ikke er tale om en kompliceret afrusning med behov for sygehusindlæggelse, foregår afrusning i primærsektoren. Afrusning eller afgiftning kan som beskrevet ovenfor foregå ambulant via praktiserende læge eller kommunen kan selv etablere behandlingspladser – f.eks. på forsorghjem (institutioner efter § 110) eller kommunen kan træffe aftale med andre udbydere af alkoholbehandlingstilbud (region eller private).

1.3.6 Udskrivning

Udskrivning fra Psykiatrien, Region Nordjylland:

Udskrivning fra indlæggelse og afslutning fra ambulant behandling i Psykiatrien, Region Nordjylland sker i henhold til samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivelse, der er indgået mellem praktiserende læger, kommunerne og Region Nordjylland.

I Psykiatrien, Region Nordjylland vil der fremover være fokus på udskrivning af patienter med dobbeltdiagnose. Ved mistanke om psykose/skizofreni vil patienten ikke blive udskrevet uden, at det sikres, at der sker en opfølgning hos praktiserende læge. Det skal endvidere sikres, at patienterne udskrives fra indlæggelse/afsluttes fra ambulant behandling med en velbegrunnet epikrise, der indeholder følgende oplysninger:

- Anamnestisk beskrivelser
- Psykose/nærpsykose beskrivelse
- Delir/nærdelir
- Udredning af misbruget

Psykiatrien, Region Nordjylland vil vurdere muligheden for etablering af kvalitetsprojekter med henblik på at opkvalificere udskrivningsforløbet for patienter med dobbeltdiagnose.

Der er aftalt følgende vedrørende udskrivning af patienter med dobbeltdiagnose:

- **Information om kommunale sociale tilbud:**
Hvis en dobbeltdiagnosepatient vurderes at kunne have behov for kommunale sociale tilbud (bostøtte, aktiviteter, hjemmepleje, kontaktpersonordning, mv.), vil Psykiatrien, Region Nordjylland i det omfang det er muligt informere og vejlede patienten om mulighederne i kommunalt regi, herunder udlevering af relevant informationsmateriale.
- **Udskrivning i dagtiden på hverdage:**
Hvis patienten udskrives indenfor almindelig arbejdstid på hverdage har Psykiatrien, Region Nordjylland med patientens samtykke ansvar for at kontakte det lokale misbrugscenter med henblik på at få en tid, hvor patienten kan møde til en samtale i misbrugscentret.
- **Udskrivning udenfor normal arbejdstid (aften, nat, weekend):**
Hvis patienten udskrives udenfor almindelig arbejdstid (aften/nat) eller i weekenden – f.eks. ved henvendelse i Den Psykiatriske Skadestue – kontakter Psykiatrien, Region Nordjylland med patientens samtykke det lokale misbrugscenter (telefonisk eller via mail eller fax) med orientering om patientens ønske om misbrugsbehandling. Det er herefter misbrugscenterets ansvar efterfølgende at kontakte patienten.

Udskrivning fra kommunal misbrugsbehandling:

Når klienten stopper misbrugsbehandlingen, er misbrugscentret ansvarlig for - med klientens samtykke - at informere eventuelle relevante samarbejdspartnere. Klienten tilbydes opfølgende samtaler i misbrugscentret (telefoniske eller personlige samtaler).

1.4 Arbejdsdeling vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme

Den nye sundhedslov fastlægger en ny arbejdsdeling mellem region og kommuner på forebyggelsesområdet. Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem region og kommuner.

Ved forebyggelsestilbud forstås i Nordjylland i denne sammenhæng tilbud til borgere/patienter omkring forebyggelse af risikobetinget livsstil, herunder især på områderne kost, røg, alkohol og motion (KRAM).

Region Nordjylland har i samarbejde med de nordjyske kommuner og de praktiserende læger udarbejdet en samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning herunder forebyggelses og sundhedsfremmetilbud ved indlæggelse og udskrivning. Samarbejdsaftalen omfatter både det somatiske og psykiatriske sygehus. Arbejdsdelingen på området beskrives under indsatsområde 5.

Vedrørende Psykiatrien, Region Nordjylland:

Inden for psykiatrien foregår en stor del af behandlingen som ambulant behandling f.eks. via distriktpsikiatriske teams, i klinikker og centre. Til et behandlingsforløb er der knyttet en behandlingsplan. Det er hovedreglen, at så længe patienten modtager behandling efter behandlingsplanen har psykiatrien ansvaret for at give forebyggelsestilbud. Ved behandlingsplanens afslutning overgår ansvaret for at give forebyggelsestilbud til patientens hjemkommune.

Der kan dog være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt at afvige fra ovenstående arbejdsdeling, eksempelvis:

- For borgere/patienter der skal opereres/behandles ambulant overtager kommunen ansvaret for at give forebyggende tilbud, hvis borgeren/patienten ønsker det.
- For borgere/patienter der efter endt sygehusophold kommer til ambulant behandling min. 2 gange ugentligt over min. 1 mdr. og hvis borgeren/patienten ønsker det overtager sygehuset ansvaret for at give forebyggelsestilbud.

De kommunale og regionale forebyggelses og sundhedsfremmetilbud fremgår af en fælles tilbudsportal på www.nordjysksundhed.dk. Endvidere vil der på relevante steder ex sygehusene og i lægepraksis være foldere til rådighed med information om området, herunder tilbud.

Der er på i psykiatrien ansat en sundhedskoordinator til at varetage indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme.

1.5 Kendskab til arbejdsdelingen, relevante tilbud og myndighedsansvaret

Oversigten over tilbud, herudover aftaler om gensidig bistand, der er beskrevet under krav 1, er tilgængelig for alle borgere og samarbejdspartnere på regionens hjemmeside (www.rn.dk). Såvel de enkelte kommuner som Psykiatrien er ansvarlige for ved ændringer at opdatere egen hjemmeside, herunder hvilke tilbud, der er til mennesker med sindslidelse.

1.5.1 Socialministeriets Tilbudsportal

De kommunale tilbud fremgår blandt andet af Socialministeriets Tilbudsportal. Regionen og den enkelte kommune er ansvarlig for at indberette egne tilbud til Tilbudsportalen.

1.5.2 NordjyskSundhed.dk

NordjyskSundhed.dk beskrevet under sundhedsaftalens krav 1 og 5, beskriver sundhedsfremme og forebyggelses tilbud i kommune og region herunder psykiatrien. NordjyskSundhed.dk. Portalen henvender sig til borger og sundhedspersonale i kommuner, sygehuse og praksis. Genoptræningstilbud forventes at blive omfattet af portalen i 2008. Regionen er ansvarlig for etablering NordjyskSundhed.dk

1.6 Ændringer og omstillinger i kommuner og region

Det tilsigtes, at kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland løbende orienterer hinanden om ændringer og omstillinger med formålet at sikre entydig arbejdsdeling.

I Psykiatriplan for Region Nordjylland 2008-2015 er der opstillet rammerne for udviklingen af Psykiatrien, Region Nordjylland frem mod 2015. Kommunerne og de praktiserende læger i regionen har været inddraget i planlægnings- og høringsprocessen.

Psykiatrien, Region Nordjylland vil løbende orientere og - hvor det er relevant – inddrage kommunerne i udviklingsprocessen. Psykiatriplanen er udarbejdet i løbet af 2007 med henblik på politisk behandling i foråret 2008. Resultatet af udviklingsarbejdet vil blive indarbejdet i den kommende sundhedsaftale.

1.6.1 Kontaktudvalg

Der er etableret fire kontaktudvalg på det psykiatriske område i Region Nordjylland, idet der er tre kontaktudvalg indenfor det voksenpsykiatriske område og et kontaktudvalg indenfor det børne- og ungdomspsykiatriske område. Spørgsmål vedrørende retspsykiatri og gerontopsykiatri kan efter behov tages op i de nævnte kontaktudvalg. Kontaktudvalgene består af deltagere fra det kommunale ledelsesniveau samt afdelingsledelsesniveau i Psykiatrien, Region Nordjylland. Formålet med kontaktudvalgene er at understøtte samarbejdet mellem kommunen, sygehuset og de praktiserende læger, og udvalgene har til opgave, at implementere og udvikle sundhedsaftalerne. Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte permanente og praktiske samarbejdsfora til at drøfte konkrete problemstillinger. Der afholdes to årlige møder i kontaktudvalgene. I regi af kontaktudvalgene og de permanente samarbejdsfora, vil der løbende være drøftelser af arbejdsdelingen, tilbud og myndighedsansvaret mellem kommune, region og praktiserende læger. Kontaktudvalgene skal løbende orientere den administrative styregruppe om ønsker til ændringer eller behov for justeringer af sundhedsaftalerne. Endvidere skal kontaktudvalgene ved revidering af sundhedsaftalerne levere en status over implementering og driften af aftalerne samt ønsker til udvikling af sundhedsaftalerne.

Mødeledelsen og sekretariatsfunktionen af kontaktudvalgene på det psykiatriske område varetages af Psykiatrien, Region Nordjylland.

1.6.2 Den administrative styregruppe

Overordnede og væsentlige ændringer i region og kommune vedrørende arbejdsdelingen, tilbud og myndighedsansvaret vil blive forelagt den administrative styregruppe (koordinerende enhed i forhold til udviklingen af sundhedsaftalerne) og Sundhedskoordinationsudvalget.

Mødeledelsen og sekretariatsbetjening af den administrative styregruppe varetages af Region Nordjylland.

1.6.3 Kommunale/regionale politiske styregrupper

Der er etableret 11 politiske styregrupper, der skal fungere som den lokale politiske forankring af sundhedsaftalerne. Den politiske styregruppe skal beskæftige sig med den enkelte aftale, herunder sikre implementering og løbende foretage en vurdering af, om sundhedsaftalerne bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne på tværs af sektorgrænser.

1.6.4 Sundhedskoordinationsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget skal løbende vurdere aftalernes indhold og stille sin vurdering heraf til rådighed for aftaleparterne. Endvidere vil Sundhedskoordinationsudvalget blive orienteret vedrørende overordnede og væsentlige ændringer i regionen og kommunen i relation til sundhedsaftalerne.

1.6.5 Nyhedsbrev

Ved væsentlige ændringer i region og kommune vedrørende arbejdsdelingen, tilbud og myndighedsansvaret vil det vurderes om der skal udsendes særskilt information/Nyhedsbrev til relevante samarbejdspartnere.

Krav 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.

Kommunen og regionen samarbejder om sindslidende, der udover psykiatrisk behandling har behov for forskellige former for kommunale ydelser og tilbud. De ofte komplekse problemstillinger og langvarige forløb, der kendetegner denne gruppe stiller store krav til samarbejde og koordinering af indsatsen.

2.1 Aftaler vedrørende koordinering af den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats

De fire nedsatte kontaktudvalg på det psykiatriske område i Region Nordjylland har til formål at understøtte samarbejdet mellem praktiserende læge, kommunen og psykiatrien, herunder koordinering af den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats. Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte permanente og praktiske samarbejdsfora til at drøfte konkrete problemstillinger. Der afholdes to årlige møder i kontaktudvalgene. Mødeledelsen og sekretariatsfunktionen af kontaktudvalgene på det psykiatriske område varetages af Psykiatrien, Region Nordjylland.

Der er endvidere indgået følgende aftaler til styrkelse af koordinering af den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats for mennesker med sindslidelse:

2.2 Udpegning af kontaktpersoner

Kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er enige om, at det - med formålet at varetage en hensigtsmæssig koordinering af indsatsen overfor mennesker med en sindslidelse - må tilstræbes, at der udpeges kontaktpersoner i såvel Psykiatrien, Region Nordjylland som kommunen. Kontaktpersonerne er ansvarlige for at koordinere samarbejdet i den socialfaglige og sundhedsfaglige indsats for den enkelte patient.

Der er udarbejdet en oversigt over kontaktpersoner i de enkelte kommuner, som medarbejdere i Psykiatrien, Region Nordjylland kan henvende sig til ved behov for koordinering af samarbejdet. Oversigten er tilgængelig på Psykiatriens hjemmeside (www.psykiatri.rn.dk). Det er kommunens ansvar at sørge for at ændringer i personer, telefonnumre eller e-mail-adresser videregives til psykiatrien.

2.3 Koordinering af indsatsen i forhold til kronisk syge og langvarigt psykisk syge

Det er en fælles målsætning, at tværgående forløb er optimalt koordineret og gennemskueligt for de involverede i samarbejdet således, at alle parter (patient/sindslidende, pårørende og professionel) har klarhed over, hvem der har ansvar for opgavevaretagelse og koordinering af indsatsen.

I forhold til at sikre den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats for kronisk syge borgere indgik de nordjyske kommuner og Region Nordjylland i 2007 en aftale om en overordnet tværsektoriel organisering af indsatsen for kroniske syge borgere, herunder udarbejdelse af frivillige sundhedsaftaler for 9 kroniske sygdomme: KOL, Hjerte-kar, Demens, diabetes, muskel skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, Osteopropose, forebyggelige kræftsygdomme, og psykisk sygdomme.

Der er udarbejdet sundhedsaftaler for KOL, hjerte-kar og Demens, mens diabetes er under udarbejdelse.

Regional koordinator og tværsektorielle fora:

Den 1. januar 2008 har Region Nordjylland ansat en regional koordinator for kronisk syge der referer til den administrative styregruppe og sundhedskoordinationsudvalget. Koordinatoren er ansvarlig for den overordnede koordinering, planlægning, samordning, kvalitetssikring samt samarbejdet med relevante aktører i primær og sekundærsektor om implementeringen af de sundhedsaftaler der indgås om kronikerindsatsen. Endvidere vil den regionale koordinator have en tovholder og koordineringsfunktion i forhold til de tværsektorielle fora der nedsættes for hver af de i udvalgte kroniske sygdomme. I de tværsektorielle fora deltager kommuner, almen praksis samt regionen, herunder Specialsektoren og sygehuse.

De tværsektorielle fora for KOL, Hjerte-kar og Demens er nedsat og endvidere påbegyndes forhandlinger med PLO om § 2 aftaler.

Tovholder:

Tovholderen relatere sig til de patienter der har langt den største kontakt til sundhedsvæsenet via deres praktiserende læge. Tovholderen, der i de fleste tilfælde vil være den praktiserende læge, har til opgave at koordinere den sundhedsfaglige indsats, vurdere patientens helbred løbende og systematisk følge op, herunder sikre en proaktiv indsats. Senere i forløb vil tovholderens opgave omfatte kontaktperson for organisatoriske problemer og spørgsmål, kommunikationsproblemer, tidsgarantier overholdes, medicin, at patienten for de nødvendige tilbud at der sker en opfølgning

Forløbskoordinator:

Forløbskoordinator funktionen henvender sig til patienter med en kompleks kronisk sygdom evt. kombineret med psykosociale problemstillinger. Forløbskoordinatoren vil ofte være en person fra sekundær sektor eftersom ydelserne i oftest vil være fra denne sektor. Forløbskoordinatoren forventes at have specialviden om indsatsen for kronisk syge og skal kunne kommunikere og koordinere effektivt med samarbejdspartnerne og på tværs af sektorer.

2.4 Koordinering af indsatsen i forhold til den gerontopsykiatriske indsats

Kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er enige om, at der i aftaleperioden skal indgås særlige aftaler til koordinering af den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats vedrørende gerontopsykiatriske patienter (rollefordelingen mellem region og kommune). Psykiatrien, Region Nordjylland er tovholder på opgaven. Resultatet af udviklingsarbejdet vil blive indarbejdet i den kommende sundhedsaftale.

2.5 Uddannelses tilbud

Kommunen og de regionale institutioner indenfor Specialområdet har tilkendegivet, at være interesseret i at deltage i kurser og uddannelses tilbud arrangeret af Psykiatrien, Region Nordjylland.

Det er således aftalt, at relevante kommunale medarbejdere og medarbejdere i de regionale socialpsykiatriske boformer mod deltagerbetaling tilbydes deltagelse i faglige uddannelses- og kursustilbud arrangeret af Psykiatrien, Region Nordjylland.

2.6 Øvrige særlige koordineringsområder

Det er i rammeaftalen på Socialområdet for såvel 2007 og 2008 aftalt, at der er behov for at følge udviklingen indenfor sindslidelsesområdet særligt i relation til snitflader mellem socialpsykiatrien, distriktskykiatrien og behandlingspsykiatrien. Her er der grundlag for udveksling af viden og erfaringen samt koordinering og samarbejde mellem de forskellige tilbud til målgruppen, således, at borgerne oplever, at der er sammenhæng i de tilbud de modtager. Udfordringen er at sikre en tværgående koordinering af opgavevaretagelsen. Ændringerne indenfor behandlings- og distriktskykiatrien påvirker og resulterer i forandrede krav til socialpsykiatrien og der er derfor behov for at synliggøre disse forandringer via gensidig dialog og samarbejde. Region Nordjylland er tovholder på opgaven.

Der er aftalt følgende mellem Specialektoren og Psykiatrien:

- At der afholdes ét årligt dialogmøde med fokus på koordinering og erfaringsudveksling
- At Psykiatrien, Region Nordjylland løbende fremsender oplysninger til Specialektoren med udveksling af generelle problemer vedrørende ændringer i den psykiatriske behandling, der kan påvirke tilbuddene i socialpsykiatrien.

Der er endvidere enighed om, at der i aftaleperioden skal arbejdes aktivt for at sikre sammenhæng og kvalitet i indsatsen via samarbejde om konkrete tiltag, eksempelvis ved videreførelse af gode og velfungerende aftaler. Region Nordjylland er tovholder på opgaven. Resultatet af arbejdet vil blive indarbejdet i den kommende sundhedsaftale.

2.7 Kendskab til initiativforpligtelsen til koordinering af indsatserne i det enkelte patientforløb

Psykiatrien, Region Nordjylland har initiativforpligtelse i forhold til patienter, der er indlagte eller i ambulante behandling.

Kommunen har initiativforpligtelsen i forhold til personer, der skal henvises eller er udskrevet/har afsluttet den ambulante behandling i psykiatrien.

Der er et særligt behov for koordinering af indsatsen i forhold til patienter, der har behov for såvel en socialpsykiatrisk som en behandlingspsykiatrisk indsats. Koordinering af indsatserne i tværgående forløb vil løbende blive drøftet i de kontaktudvalg, der er etableret indenfor det psykiatriske område i Region Nordjylland. Formålet med kontaktudvalgene er at understøtte samarbejdet mellem kommunen, sygehuset og de praktiserende læger, og udvalgene har til opgave, at implementere og udvikle sundhedsaftalerne. Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte permanente og praktiske samarbejdsfora til at drøfte konkrete problemstillinger, herunder koordinering af tværgående indsats i det enkelte patientforløb.

I samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivning, der er indgået mellem kommunerne og Region Nordjylland fremgår det, hvem der har ansvar og initiativforpligtelse i det enkelte patientforløb i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Samarbejdsaftalen er beskrevet under indsatsområde 1 og 2 i sundhedsaftalen samt under krav 3 i denne aftale. Endvidere er den tilgængelig på Region Nordjyllands hjemmeside (www.rn.dk).

Krav 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.

3.1 Aftale vedrørende videregivelse af relevant information ved indlæggelse og udskrivning til relevante aktører

For at sikre et velkoordineret behandlingsforløb er det vigtigt, at den sindslidende, pårørende, behandlere og støttepersoner har de informationer, der er relevante for at kunne foretage en hensigtsmæssig planlægning af indsatsen.

Der er enighed om, at den sindslidende skal oplyses om navne på sine kontaktpersoner i den psykiatriske afdeling og i ambulatoriet samt have kendskab til, hvor vedkommende kan henvende sig for at få nærmere oplysning og rådgivning vedrørende sygdommen og behandling af sygdommen samt oplysning om relevante sociale ydelser. Under forudsætning af patientens samtykke skal pårørende have adgang til de samme informationer.

De psykiatriske behandlingstilbud fremgår af Psykiatriens hjemmeside.

Kommunale, regionale og private socialpsykiatriske tilbud fremgår af Socialministeriets Tilbudsportal.

3.1.1 Informationsudveksling i forbindelse med indlæggelser og udskrivning

Indlæggelser og udskrivning af patienter fra en psykiatrisk afdeling sker i henhold til samarbejdsaftale indgået mellem kommunerne og Region Nordjylland om indlæggelse og udskrivelse. Samarbejdsaftalen omfatter endvidere en beskrivelse af informationsudveksling til henholdsvis patienten, sygehuset, kommune og almen praksis.

3.1.2 Elektronisk udveksling af informationer

Elektronisk udveksling af informationer er en fremtidig forudsætning for en helhedsorienteret indsats overfor borgeren fra kommune, sygehus og læge i Region Nordjylland. Effektiv og sikker udveksling af informationer ved udskrivning, der samtidig skaber det sammenhængende patientforløb, er dog stadig et udviklingsområde. Parterne forpligter sig til i aftaleperioden at øge mulighederne for elektronisk udveksling af informationer i forbindelse med udskrivning.

Den løbende kontakt mellem kommuner og sygehuse bør som udgangspunkt ske via IT-kommunikation, eventuelt suppleret med telefoniskkontakt. En væsentlig del af gennemførelsen af den regionale samarbejdsaftale er derfor at sikre, at kommunikationen kan ske via IT-kommunikation. Indtil IT-kommunikationen er fylt implementeret foregår kommunikationen primært via telefoniskontakt.

Aftaler vedrørende udskrivning og indlæggelser beskrives endvidere under indsatsområde 1 og 2 i sundhedsaftalen herudover er samarbejdsaftale tilgængelig på Region Nordjyllands hjemmeside (www.rn.dk).

Generel formidling af information til patienten

Kommunen, praktiserende læge og Psykiatrien, Region Nordjylland skal, under hensyntagen til patientens situation, informere patienten om, hvilke relevante behandlings- og sociale tilbud, der findes i og udenfor eget regi.

3.1.3 Informationsudveksling ved indlæggelse

Før indlæggelse:

- Henvissende læge sender en fyldestgørende henvisning til den relevante afdeling på Sygehuset.
- Ved planlagte indlæggelser på det psykiatriske område kvitterer sygehuset for modtagelse af henvisning inden for 8 dage. Kvitteringen tilgår såvel borgeren, som den praktiserende læge og der meddeles samtidig et tidspunkt for udredning/forundersøgelse/behandling.
- Vurderer sygehuset at borgeren vil have behov for hjælp (fx hjemmepleje, hjemmesygepleje, træning eller lignende) efter behandlingen tages der kontakt til den kommunale visitation.

Akut indlæggelse:

I Psykiatrien sker langt de fleste akutte indlæggelser på de lukkede intensive sengeafsnit (N16, S6 og S8) samt modtageafsnittet ved Den Psykiatriske Skadestue i Aalborg.

Indlæggelser under tvang i henhold til Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien sker direkte på de intensive sengeafsnit på Aalborg Psykiatriske Sygehus og Brønderslev Psykiatriske Sygehus og ikke via modtagelsen på Aalborg Psykiatriske Sygehus.

For borgere i Thisted og Morsø kommuner, der tvangsindlægges samt for de borgere, der har behov for akut indlæggelse udenfor almindelig dagarbejdstid, sker indlæggelse på Sønderøparken i Viborg. Der er indgået aftale med Region Midtjylland herom til udgangen af 2008, hvorefter indlæggelser fra afdeling Thy/Mors, der ikke finder sted på Døgnet i Thisted, skal finde sted på Brønderslev Psykiatriske Sygehus.

Ved indlæggelse:

- Sygehuset sender automatisk indlæggelsesadvis på alle borgere som bliver indlagt til kommunens omsorgssystem. (Hvor og hvornår borgeren er blevet indlagt).
- Sygehuset indhenter samtykke fra patienten til brug for udveksling af informationer mellem sygehus og kommunen.
- 1. Indlæggelsesrapport – Kommunen sender automatisk indlæggelsesrapport til afdelingen. Indeholder oplysninger om:
 - Afsender Kommune, evt. med angivelse af lokalområde
 - Modtager Sygehus (afdeling, afsnit)
 - Patient CPR-nummer, navn, adresse

Når det bliver teknisk muligt skal 1. indlæggelsesrapport udvides med følgende oplysninger:

- Patientens egen læge
 - Pårørende
 - Kontaktperson Kommune
 - Hjælpemidler
 - Ydelse
 - Medicin
- 2. Indlæggelsesrapport (Indeholder også oplysninger fra 1. indlæggelsesrapport). Kommunen sender 2. indlæggelsesrapport senest 24 timer efter indlæggelsen, ved indlæggelser i weekend/-helligdage dog senest næste hverdag kl. 13.00 for borgere, der modtager hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje.
Hvis der er uddybende oplysninger om funktions-/færdighedsvurdering eller sociale forhold, venteliste oplysninger eller boligforhold indføres disse.

Indeholder oplysninger om:

- Resumé af patientens helbredstilstand
 - Evt. funktions- /færdigheds vurdering/træningsforløb
 - Evt. sociale forhold, boligforhold
 - Evt. årsag til indlæggelsen
 - Evt. om pårørende er informeret
 - Evt. kommentarer til ydelser, hjælpemidler /medicin
- Ved behov for yderligere oplysninger under indlæggelsen kontakter sygehuset kommunens visitation eller egen læge pr. telefon eller e-post.
 - Borgeren medbringer ajourført medicinliste. (*Henvise til medicinafsnit*)
 - Borgeren har selv ansvaret for at medbringe specialindrettet kørestol, ganghjælpemidler og evt. kropsbårne hjælpemidler.

I henhold til Psykiatriloven skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til bedring af helbredstilstanden.

Behandlingsplan:

I henhold til Psykiatriloven har den behandlingsansvarlige overlæge ansvar for, at der senest 1 uge efter patientens indlæggelse udarbejdes en behandlingsplan for patienter, der indlægges på en psykiatrisk afdeling. Det er aftalt, at der ved henvisning til distriktspsykiatrien ligeledes udarbejdes en behandlingsplan på baggrund af de første kontakter.

I henhold til Psykiatriplan for Region Nordjylland skal der fremover være én struktureret behandlingsplan for patientens samlede behandlingsforløb – ambulant såvel som under indlæggelse – og behandlingsplanen skal således følge patienten og være grundlaget for behandlingen uanset hvor i psykiatrien denne foregår. Der skal internt i psykiatrien sættes fokus på udarbejdelse og implementering af en sammenhængende behandlingsplan for behandlingsforløbet. Behandlingsplanen skal udleveres til patienten.

3.2.1 Informationsudveksling ved udskrivning

Under indlæggelsen:

Planlægning af udskrivning begynder ved indlæggelsen. For at sygehusafdelingen og den enkelte kommune kan påbegynde den fælles udskrivningsplanlægning så hurtigt som muligt, har sygehusafdelingen ansvar for at kontakte den enkelte kommune, når sygehusafdelingen skønner:

- At patienten vil have brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo- og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger.

Sygehusafdelingen tager derudover kontakt til den pågældende kommune straks, når de skønner:

- At patienten, der før indlæggelsen havde kontakt til hjemmeplejen eller andre sociale støtteforanstaltninger, får brug for hjælp i et større omfang efter udskrivningen.
- At patienten får brug for boligændringer, boligskit eller lign. efter udskrivningen.
- At patienten ikke kan udskrives til sin hidtidige bolig, og ikke er i stand til at give informeret samtykke til flytning til anden bolig, skal der altid søges værgemål. Ved behov for oprettelse af værgemål kontakter sygehusafdelingen følgende: På Aalborg Sygehus den ledende socialrådgiver, på sygehuse uden for Aalborg den pågældende sygehusdirektør og i psykiatrien de ledende overlæger.
Patienten kan ikke udskrives før statsforvaltningen har sagsbehandlet sagen og værgeren har accepteret botilbuddet.

Sygehuset sikrer:

- At patienten gøres opmærksom på, at eventuelle fremtidige former for bo- og/eller støtteforanstaltninger og serviceniveau i øvrigt besluttet af den enkelte kommune. Patienten bliver inddraget i drøftelserne.
- At patienten er bekendt med, at der pågår en planlægning og kommunikation i forhold til målet med behandlingen og udskrivelsen.
- Ved længerevarende indlæggelser skal kommunen tilbydes at deltage i midtvejsstatus/-konference.

Udskrivningsplanlægningen har som formål:

- At klarlægge patientens behov efter udskrivningen, f.eks. om det er udskrivning til egen bolig, socialt botilbud, plejebolig, ældrebolig eller aflastningsstue.
- At sikre, at den enkelte kommune har rimelig tid til at forberede og igangsætte de nødvendige foranstaltninger før udskrivningen.

For patienter, der allerede er visiteret til et regionalt tilbud, tages der direkte kontakt til det regionale tilbud.

Udskrivningskonference:

Med patientens samtykke afholdes der en udskrivningskonference med deltagelse af relevante samarbejdspartnere. Udskrivningskonference afholdes så tidligt i forløbet som muligt. Udskrivningskonferencen afholdes inden færdigmeldingsdatoen. Hvis dette ikke er muligt, skal sygehuset/kommunen redegøre herfor. Udskrivningskonferencen er et netværksmøde med deltagelse af patienten, evt. pårørende og de relevante samarbejdspartnere fra kommunen. Formålet med udskrivningskonferencen er at drøfte og planlægge, hvad der skal iværksættes for patienten efter udskrivning.

Udskrivningssamtale:

Udover udskrivningskonferencen afholdes der en udskrivningssamtale med patienten inden udskrivning, hvor den ansvarlige læge og den primære kontaktperson i Psykiatrien, Region Nordjylland deltager.

3.3.2 Udskrivning

Planlægning af udskrivning begynder ved indlæggelsen.

- Sygehuset sender 1. udskrivningsvarsel til kommunen senest 48 timer efter indlæggelsen (Ved akutte korttidsindlagte patienter skal den kommunale visitation kontaktes telefonisk):
 - Indlæggelsesårsag
 - Ændret funktionsniveau under indlæggelsen
 - Skøn vedr. behov for hjælpeforanstaltninger
 - Iværksat pleje- og behandlingsplan under indlæggelsen
 - Overvejelser i forhold til fremtidig udskrivningsplan
 - Afklarende spørgsmål til kommunale visitation.
 - Færdigmeldingsdato og forventet udskrivningsdato
 - Signatur på afsender i plejepersonalet
- Evt. 2. Udskrivningsvarsel
Sygehuset sender 2. udskrivningsvarsel, hvis færdigmeldingsdato eller forventet udskrivningsdato ikke er meddelt i 1. udskrivningsvarsel, eller hvis der er oplysninger om hjælpeforanstaltninger, som kommunen skal forholde sig til.
2. udskrivningsvarsel eller yderligere udskrivningsvarsler er også nødvendige, hvis der sker ændringer i indlæggelsesforløbet.
- Udskrivningsrapport
Sygehuset sender udskrivningsrapport til kommunen senest kl. 12 dagen før udskrivning:
 - Indlæggelsesårsag
 - Kort resumé af indlæggelsesforløb
 - Status i forhold til ændringer i patientens funktionsniveau under indlæggelsen
 - Forefindes genoptræningsplan – (Ja/Nej). Hvis ja – medsendes genoptræningsplanen.
 - Status i forhold til patientens behov for hjælpeforanstaltninger
 - Medicin – samt oplysning om indgåede aftaler om afhentning eller udbringning af medicin.
 - Aktuelle problemer/behov, mål, iværksatte og fremtidige handlinger/planer
 - Resumé af de indgåede aftaler i forbindelse med udskrivningen

Uplanlagt udskrivning:

Hvis patienten forlader den psykiatriske afdeling uden, at dette er aftalt, orienterer den psykiatriske afdeling den kommunale kontaktperson samt de pårørende herom, såfremt det efter en individuel vurdering skønnes, at dette er nødvendigt af væsentlig hensyn til patienten.

Udskrivningsaftale/koordineringsplan:

I henhold til Psykiatriloven har den behandlingsansvarlige overlæge ansvar for, at der udarbejdes en udskrivningsaftale for patienter, der efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. Udskrivningsaftalen indgås mellem patienten, den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder (praktiserende læge m.v.) og vedrører de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Hvis patienten ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at der i samarbejde med relevante myndigheder udarbejdes en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Færdigbehandlingsbegrebet i relation til udskrivning:

- En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en konkret lægefaglig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.
- Patienterne vil enten blive udskrevet umiddelbart efter færdigbehandling eller være fortsat indlagte efter færdigbehandling, fordi de venter på et andet tilbud om bolig, foranstaltninger i hjemmet eller lignende. Registrering af patienterne som færdigbehandlede, er kun nødvendig, hvis patienten ikke udskrives umiddelbart i forbindelse med, at patienten vurderes færdigbehandlet.

Patienten skal være klar til øjeblikkelig udskrivning på færdigbehandlingsdagen. At patienten er færdigbehandlet er ensbetydende med, at der ikke er behandlings-, sygepleje-, eller træningsmæssige behov/problemer, der gør det umuligt/uforsvarligt, at patienten udskrives.

- Patienter, der er registrerede som færdigbehandlede, og som for eksempel venter på tilbud om en andet tilbud om bolig, vil i venteperioden kunne risikere enten at få tilbagefald i forhold til den diagnose, som patienten er indlagt for, eller at få en ny lidelse, hvor sygehusindlæggelse er påkrævet. Patienten vil efter dette tilbagefald eller lignende ikke længere skulle betragtes som færdigbehandlet.
- Sundhedsstyrelsen har oprettet administrative koder til håndtering af færdigbehandlede patienter og vil forestå de løbende opgørelser og afregningen af den kommunale finansiering for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter.
- Eventuel uenighed mellem region og kommuner om betaling for konkrete, færdigbehandlede patienter drøftes og afgøres på administrativt niveau mellem en af kommunerne udpeget repræsentant og en repræsentant for regionen.

Udskrivning af akutte korttidsindlagte patienter:

- Akutte patienter som efter kort observation (ca. 8 timer) vurderes til at kunne udskrives, kontaktes den kommunale visitation telefonisk. I aften/nat og weekenden kontaktes kommunens ansvarshavende sygeplejerske.
- Hurtigst muligt og senest 5 dage efter udskrivelsen tilgår der den praktiserende læge et udskrivningsbrev. For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes udskrivningsbrevet umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

Udskrivning med mindre eller uændret behov for hjælp:

- Udskrivelsen kan ske alle ugens dage. Sygehuset sender avis senest kl. 12.00 dagen før udskrivningen på hverdage, således at kommunen har mulighed for at genetablere den sædvanlige hjælp. Udskrivelse i weekend meddeles senest fredag kl. 11. Såfremt fristerne ikke kan overholdes kan kommunens ansvarshavende sygeplejerske kontaktes.
- Hurtigst muligt og senest 5 dage efter udskrivelsen tilgår der den praktiserende læge et udskrivningsbrev. For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes udskrivningsbrevet umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

Udskrivning med ændret behov for hjælp, boligændring/alternativ bomulighed:

- Ved udskrivelse uden udskrivningskonference kontakter sygehuset kommunens visitation så tidligt som muligt før udskrivningstidspunktet.

Hjælpemidler og behandlingsredskaber udlånes/bevilges i henhold til den indgåede sundhedsaftale om hjælpemidler.

- Ved behov kan der etableres udskrivningskonferencer. I konferencen deltager patienten og evt. pårørende samt relevante fagpersoner fra sygehuset og kommunen. Kommunen vurderer i forbindelse hermed, om der er behov for hjemmebesøg.
- Genoptræningsplan sendes med patienten hjem og til den kommune hvor patienten ønsker at modtage genoptræning.

- Hurtigst muligt og senest 5 dage efter udskrivelsen tilgår der den praktiserende læge et udskrivningsbrev. For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes udskrivningsbrevet umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

Prøveudskrivning – weekendbesøg:

- Har borgeren gennemgået et længerevarende sygdomsforløb, kan der ved gensidig aftale mellem sygehuset og kommunens visitation etableres prøveudskrivning/weekendbesøg. Det er kommunen der vurderer om der er behov for et hjemmebesøg, og der skal være aftalt et klart formål med prøveudskrivningen/besøget.

3.4 Kontaktperson

Gennem kontaktpersoner i henholdsvis kommune og psykiatrien vil de relevante aktører være tilgængelige for dialog og spørgsmål fra patienten.

Patientens kontaktperson i Psykiatrien, Region Nordjylland:

Alle patienter skal have en navngiven kontaktperson. En kontaktperson er en sygehusansat sundhedsfaglig person, der er tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for sikring af sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb. Ved indlæggelse eller indskrivning til ambulante behandling oplyses patienten senest dagen efter behandlingens påbegyndelse om, hvem der er den faste kontaktperson, som patienten og eventuelt pårørende og kommunens kontaktpersoner kan henvende sig til. Kontaktpersonen dokumenteres i journalen. I forbindelse med overgang til behandling på anden sygehusafdeling eller i distriktpsikiatrisk team orienterer den pågældende afdeling/distriktpsikiatrisk team patienten, de pårørende og den kommunale kontaktperson om, hvem der er patientens nye kontaktperson(er).

Krav 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.

Der er i et fællesskab mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland udarbejdet en samarbejdsaftale om indlæggelser og udskrivning fra henholdsvis det somatiske og psykiatriske sygehus. Samarbejdsaftalen er beskrevet under indsatsområde 1 og 2 endvidere er samarbejdsaftalen tilgængelig for alle borgere og samarbejdspartnere på www.rn.dk)

Samarbejdsaftalen er endvidere beskrevet i indsatsområde 6 under krav 3, hvor der også beskrives hvorledes 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.

Den fælles udskrivningsplanlægning begynder ved indlæggelsen. Sygehuset kontakter den enkelte kommune når sygehusafdelingen skønner, at der skal iværksættes en kommunalindsats efter udskrivningen, med henblik på at lave en tværsektoriel vurdering af borgeren.

Der udarbejdes en udskrivningsaftale efter psykiatriloven og eller en koordineringsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Den praktiserende læge inddrages i henhold til de aftaler der er indgået i forbindelse med den regionale samarbejdsaftale for indlæggelser og udskrivning.

Med samtykke fra patienten afholdes der så tidligt i forløbet som muligt en udskrivningskonference med deltagelse af relevante samarbejdspartnere. Formålet er at drøfte og planlægge, hvad der skal iværksættes for patienten efter udskrivning.

4.1 Koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser

Psykiatrien, Region Nordjylland har endvidere formuleret en procedure i forbindelse med afholdelse af en udskrivningskonference samt udarbejdelse af henholdsvis en udskrivningsaftale og koordinationsplan (se krav 3).

Ovennævnte aftaler og procedurer sikrer, at der foretages systematisk og rettidig afklaring af patientens behov ved udskrivning.

Den lægefaglige vurdering af patientens behov ved udskrivning (indlagte og ambulante) omhandler blandt andet:

- Diagnose (psykiatrisk og somatisk), herunder væsentlige symptomer
- Behandlingsbehov, herunder medicinsk, miljø- og psykoterapeutisk behandling samt psykoedukation
- Behandlingsmål (kortsigtet og langsigtet)
- Psykisk, fysisk og socialt funktionsniveau
- Selvmordsrisiko

Der er enighed om, at det er vigtigt, at aftaler og procedurer vedrørende koordinering af udskrivningen løbende drøftes og revurderes med formålet at styrke den tværfaglige og tværsektorielle indsats overfor patienten i forbindelse med udskrivning. Drøftelsen kan blandt andet foregå i de nedsatte kontaktudvalg eller de herunder nedsatte permanente udvalg.

Krav 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.

Kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er enige om, at alle, der er involveret i indsatsen overfor mennesker med sindslidende på ethvert tidspunkt er opmærksomme på at vurdere, om der er behov for en særlig indsats overfor børn, og i så fald tage handling samt foretage den nødvendige formidling af oplysninger.

5.1 Aftaler vedrørende indsatsen i forhold til børn i familier med et medlem med sindslidelse

Med formålet at sikre en optimal og tværsektoriel indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med sindslidelse, er der indgået følgende aftaler:

5.1.1 Aftale vedrørende ansvar for at foretage behovsvurdering

Psykiatrien har ansvar for udredning og behandling af sindslidende, afdækning af patientens familiære forhold og underretning til kommunen, hvor der er børn med behov for støtte. Kommunen er forpligtet til at iværksætte undersøgelse af behov for støtte omkring barnet og iværksætte nødvendige initiativer.

5.1.2 Aftale vedrørende varetagelse af indsatsen

Psykiatriens ansvar:

Psykiatrien, Region Nordjylland har ansvar for, at de psykiatriske afdelinger og distriktpsychiatrien i deres procedurer sikrer følgende:

- At det under graviditet afklares, hvorvidt den gravide og det ufødte barn har behov for hjælp og støtte
- At der ved indlæggelse eller ambulante behandling sker en udredning af forholdene vedrørende eventuelle børn, og at væsentlige oplysninger registreres
- At børnenes forhold og aktuelle situation efter behov drøftes med patienten ved behandlingsmøder
- At patienten tilbydes hjælp til at kontakte relevant kommunal forvaltning, hvis der vurderes at være behov for særlig støtte og hjælp til barnet - om nødvendigt kontaktes Kommunen gennem en underretning
- At forældre med sindslidelse og deres børn tilbydes information om muligheder for yderligere hjælp
- At børnene kan komme på besøg på den psykiatriske afdeling, og at personalet i den forbindelse medvirker til, at der tages de nødvendige hensyn til børnene, herunder at der følges op på begivenheder, der vurderes at give anledning til bekymring hos børnene
- At relevant information for pårørende er tilgængelig på Psykiatriens hjemmeside.

Spørg til børnene samtale:

Alle patienter i Psykiatrien, Region Nordjylland, der har børn i alderen 4-18 år tilbydes en Spørg til børnene samtale. Formålet med samtalerne er, at børnene får oplysninger om forælders psykiske sygdom, ligesom de har mulighed for at fortælle om deres egne oplevelser og erfaringer med det at være barn i en sygdomsramt familie. Det er en gruppe af særligt uddannede medarbejdere, der afholder samtalerne med børnene. Som led i samtalen kan barnet endvidere få en rundvisning i den afdeling, hvor forælderen er indlagt, og præsenteres for personalet.

Team Børn af psykisk syge:

Kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er enige om, at Projekt Team Børn af psykisk syge pr. 1. januar 2007 drives som et fælles projekt forankret i Psykiatrien, Region Nordjylland. Begrundelsen for at videreføre projektet i regionalt regi er, at der er tale om en terapeutisk og vejledningsmæssig indsats overfor pårørende til patienter, og dermed en indsats, der er tæt forbundet med den direkte patientrelaterede behandling. Erfaringer fra projektet peger indtil videre i retning af, den psykisk syge forælder som følge af indsatsen har behov for mindre intensive behandlingstilbud i psykiatrien.

Team Børn af psykisk syge er et regionsdækkende team, der tilbyder børn og unge i alderen 6-18 år, der har en psykisk syg forælder, at deltage i en samtalegruppe samt undervisning, rådgivning og vejledning til medarbejdere/samarbejdspartnere i primærsektor.

Vidensgruppen for børn af psykisk syge:

Kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er enige om at videreføre Vidensgruppen for børn af psykisk syge, der består af kommunale og regionale repræsentanter. Psykiatrien, Region Nordjylland er koordinator for vidensgruppe/netværksgruppen vedrørende børn af psykisk syge, der fungerer som følgegruppe for Team Børn af psykisk syge samt arrangerer temadage og fungerer som vidensbase indenfor området. Psykiatrien, Region Nordjylland varetager endvidere sekretariatsbetjeningen af Vidensgruppen.

Kommunens ansvar:

- At der udarbejdes interne procedurer, der sikrer, at de ansatte i relevante kommunale forvaltninger, institutioner, skoler, fritidstilbud, hjemmeplejen og socialpsykiatriske tilbud har fokus på børn i familier med et menneske med sindslidelse. Der skal endvidere foreligge en klar beskrivelse af, hvem der har ansvar for at varetage en indsats i forhold til børnene, herunder pligt til at behandle underretninger og iværksætte akutindsats
- At der sker en registrering af væsentlige oplysninger om børn, der vurderes at have behov for hjælp eller formodning om, at børnene senere får behov for hjælp
- At der ved henvendelse gives rådgivning til forældre med sindslidelse og deres børn
- At der ved kendskab om graviditet foretages en vurdering af behovet for særlig rådgivning til den gravide og dennes nærmeste familie med formålet at afklare om det ufødte barn og den gravide har behov for hjælp og støtte
- At sikre, at børnenes forhold og aktuelle situation efter behov vurderes, eventuelt i forbindelse med en social behandlingsplan
- At sikre, at der er tilgængelig og opdateret information om hjælpemuligheder til forældre med en sindslidelse og deres børn.

Beskrivelser af relevante tilbud kan findes på regionens hjemmeside på www.psykiatri.rn.dk

Krav 6. Hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Parterne er gensidigt forpligtede til at holde hinanden orienterede om ændringer i tilbud eller kapacitet, der kan påvirke efterspørgslen af modpartens tilbud.

Ændringer i tilbud og kapacitet som skyldes ændringer i rammeaftalen på socialområdet skal videregives til modparten i det omfang at modpartens tilbud påvirkes.

Der sker løbende en overvågning og koordinering af kapaciteten via mødefora med deltagelse af repræsentanter fra kommune, region og praksissektoren.

6.1 Kontaktudvalg

Koordineringen af kapacitet varetages umiddelbart i de etablerede kontaktudvalg på de psykiatriske sygehuse. Der er etableret fire kontaktudvalg på det psykiatriske område i Region Nordjylland, der består af deltagere fra det kommunale ledelsesniveau samt afdelingsledelsesniveau i Psykiatrien, Region Nordjylland. Formålet med kontaktudvalgene er at understøtte samarbejdet mellem kommunen, sygehuset og de praktiserende læger, og udvalgene har til opgave, at implementere og udvikle sundhedsaftalerne, herunder løbende at drøfte arbejdsdelingen, tilbud og myndighedsansvaret mellem kommune, region og praktiserende læger. Møderne i kontaktudvalgene kan efter behov suppleres af et årligt statusmøde mellem kommunerne og Psykiatrien, Region Nordjylland med henblik på drøftelse af eventuelle kapacitetsproblemer og uhensigtsmæssige patientforløb, herunder færdigbehandlede patienter og genindlæggelser.

Mødeledelsen og sekretariatsfunktionen af kontaktudvalgene på det psykiatriske område varetages af Psykiatrien, Region Nordjylland.

6.2 Administrativ styregruppe

Den administrative styregruppe er omdrejningspunktet i forhold til at definere kontakten og samarbejde i forhold til de mange administrative snitflader, der findes mellem kommunerne og regionen. Som et væsentligt element heri er at følge udviklingen af aktivitet og udgifter indenfor aftaleområdet

Den administrative styregruppe ledes og sekretariatsbetjenes af Region Nordjylland.

6.3 Arbejdsgruppen vedrørende Økonomi og Data

Arbejdsgruppen økonomi og data følger den aktivitetsmæssige og økonomiske udvikling i relationen mellem det regionale og kommunale samarbejde.

Arbejdsgruppen har følgende opgaver:

- Opfølgning af den kommunale medfinansiering, herunder opfølgning af afregningskørslerne med henblik på at afdække eventuelle systemfejl osv.
- Mulighed for udarbejdelse af prognoser for sygehusaktiviteten i forhold til den kommunale medfinansiering.
- Servicering med data til arbejdsgrupperne omkring sundhedsaftaler, således disse arbejdsgrupper kan følge op på sundhedsaftalerne.
- Gensidig orientering omkring ændringer på sundhedsområdet, herunder drøftelse af betydning i forhold til den kommunale medfinansiering og tilrettelæggelsen af kommunernes sundhedstilbud.

Henvendelser omkring udarbejdelse af "nye" data går gennem arbejdsgruppens formand, som herefter i dialog med de kommunale arbejdsgruppemedlemmer vurderer behovet og ulighederne for fælles tilvejebringelse af disse data.

Arbejdsgruppen er sammensat af repræsentanter fra de nordjyske kommuner samt repræsentanter fra Region Nordjylland. Region Nordjylland er ansvarlig for, at arbejdsgruppen afholder 3-4 møder årligt.

6.4 Løbende orientering om ændringer og omstillinger i kommuner og region

Det tilsigtes, at kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland løbende orienterer hinanden om ændringer og omstillinger med formålet at sikre entydig arbejdsdeling.

I Psykiatriplan for Region Nordjylland 2008-2015 er der opstillet rammerne for udviklingen af Psykiatrien, Region Nordjylland frem mod 2015. Kommunerne og de praktiserende læger i regionen har været inddraget i planlægnings- og høringsprocessen.

Psykiatrien, Region Nordjylland vil løbende orientere og - hvor det er relevant – inddrage kommunerne i udviklingsprocessen. Psykiatriplanen er udarbejdet i løbet af 2007 med henblik på politisk behandling i foråret 2008. Resultatet af udviklingsarbejdet vil blive indarbejdet i den kommende sundhedsaftale.

Overordnede og væsentlige ændringer i region og kommune vedrørende arbejdsdelingen, tilbud og myndighedsansvaret vil blive forelagt den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftalerne og Sundhedskoordinationsudvalget.

6.5 Nyhedsbrev

Ved væsentlige ændringer i region og kommune vedrørende arbejdsdelingen, tilbud og myndighedsansvaret vil henholdsvis den enkelte kommune og regionen vurdere om der skal udsendes særskilt information/Nyhedsbrev til relevante samarbejdspartnere.

6.6 Elektronisk registrering af ventelister

I rammeaftalen på socialområdet 2007 for Region Nordjylland er det endvidere aftalt, at der som supplement til Tilbudsportalen pr. 1. januar 2007 etableres en fælles elektronisk registrering af ventelister og ledige pladser i socialpsykiatriske boformer. Den fælles elektroniske registrering skal fungere som planlægningsværktøj for kommunen og Region Nordjylland.

Ændringer i tilbud og kapacitet som skyldes ændringer i rammeaftalen på socialområdet skal videregives til modparten i det omfang, at modpartens tilbud påvirkes.

Krav 7. Hvordan parterne følger op på aftalen.

I det følgende beskrives, hvordan Region Nordjylland og kommunerne sikrer, at der løbende sker en organiseret og planlagt opfølgning på sundhedsaftalen vedrørende sindslidende (indsatsområde 6) samt hvor problemer og gråzoneområder vil blive drøftet og afklaret.

7.1 Løbende opfølgning og konflikthåndtering

7.1.1 Kontaktudvalg på somatiske og psykiatriske sygehuse

Kontaktudvalgene er et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og sygehus på det mere praktiske plan. Der er mulighed for at udveksle erfaring specifikt om indlæggelser eller i forhold til samarbejdet generelt. Der er mulighed for at drøfte, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller ideer fra henholdsvis sygehus eller kommunerne. Emner kan efter drøftelser i kontaktudvalgene sendes til videre orientering eller behandling i den administrative styregruppe vedrørende sundhedsaftaler. Kontaktudvalgene skal aflevere en hvert andet år aflevere en skriftlig status til den administrative styrergruppe.

I kontaktudvalgene deltager sygehusledelserne, kommunerne deltager med det kommunale ledelsesniveau således at indsatsområderne i sundhedsaftalerne er dækket ind. Endvidere deltager sundhedskonsulenterne på sygehuse, praksiskonsulenter fra sygehus og kommune samt en repræsentant fra PLO.

Kontaktudvalgene har mulighed for at nedsætte særlige permanenteudvalg til en fokuseret indsats på enkelte områder. I de permanenteudvalg er der mulighed for drøftelse af enkeltsager mens det overordnede samarbejde i forhold til implementering, drift og udvikling af sundhedsaftalerne drøftes i kontaktudvalget.

På det psykiatriske område er der nedsat fire kontaktudvalg: tre kontaktudvalg indenfor det voksenpsykiatriske område og et kontaktudvalg indenfor det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Der vil i kontaktudvalgene blive arbejdet med monitorering af:

- Koordinering af indsatsen i tværgående forløb (i forhold til patienter, der har behov for såvel en socialpsykiatrisk som en behandlingspsykiatrisk indsats)
- Planlægning af kapaciteten
- Opfølgning og afklaring af arbejdsdelingen, tilbud og myndighedsansvaret mellem kommune, region og praktiserende læger.
- U hensigtsmæssigheder i tværgående forløb.

Psykiatrien, Region Nordjylland varetager mødeledelsen og sekretariatsfunktionen af kontaktudvalgene.

7.1.2 Dialogmøder mellem Speciaalsektoren og Psykiatrien i Region Nordjylland

Med formålet løbende at sikre en tværgående koordinering af opgavevaretagelsen således, at borgerne oplever, at der er sammenhæng i de tilbud de modtager, er det aftalt, er der etableret et formaliseret samarbejde mellem den regionale socialpsykiatri/Specialsektor og behandlingspsykiatrien. Ændringerne indenfor behandlings- og distriktspsykiatrien påvirker og resulterer i forandrede krav til socialpsykiatrien, og der er derfor behov for at synliggøre disse forandringer via gensidig dialog/samarbejde og løbende opfølgning. Der er aftalt følgende mellem Specialsektoren og Psykiatrien:

- At der afholdes ét årligt dialogmøde med fokus på koordinering og erfaringsudveksling
- At Psykiatrien, Region Nordjylland løbende fremsender oplysninger til Specialsektoren med udveksling af generelle problemer vedrørende ændringer i den psykiatriske behandling, der kan påvirke tilbuddene i socialpsykiatrien.

Specialsektoren i Region Nordjylland varetager mødeledelsen og sekretariatsfunktionen i forhold til dialogmøderne.

7.1.3 Psykiatribrugerrådet i Region Nordjylland

I Region Nordjylland er der nedsat et Psykiatribrugerråd, der kan anvendes som høringsorgan for sager, der behandles i f.eks. Sundhedskoordinationsudvalget, forskellige rådgivende fora, Forretningsudvalget og Regionsrådet. Psykiatribrugerrådet kan endvidere drøfte og bidrage med forbedringsforslag med baggrund i brugerperspektivet, herunder forslag til styrkelse af sammenhængende patientforløb.

Psykiatribrugerrådet afholder møder fire gange årligt og har repræsentanter fra patientforeningerne, region og praktiserende lægers organisation (PLO).

Region Nordjylland varetager mødeledelsen og sekretariatsfunktionen for Psykiatribrugerrådet.

7.1.4 Servicemål

Blandt andet med formålet at sikre at sundhedsvæsenets ydelser lever op til patienternes forventninger, er der i Region Nordjylland vedtaget følgende servicemål, der gælder for såvel det somatiske som det psykiatriske område.

Regionale servicemål i Region Nordjylland:

- Kommunen informeres rettidigt om patientens behov efter udskrivning fra sygehus.
- Hurtig udsendelse af udskrivningsbrev (epikrise).
- Kontaktpersoner.

Den endelige implementering af de regionale servicemål forventes at ske i august måned 2008, og Region Nordjylland forventer umiddelbart herefter at kunne påbegynde registrering af både nationale og regionale servicemål.

7.1.5 Psykiatriundersøgelser

Psykiatrien i Region Nordjylland deltager i De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser, som er systematiske spørgeskemaundersøgelser blandt patienter og pårørende i alle Psykiatriens kliniske enheder. De landsdækkende Psykiatriundersøgelser gennemføres efter en turnusmodel, som sikrer, at alle kliniske enheder deltager i spørgeskemaundersøgelser ca. hvert 2. år. Turnusmodellen sikrer desuden, at det er muligt at sammenligne resultater over tid med henblik på at identificere udviklingstendenser.

I disse patient- og pårørendeundersøgelser fokuseres på en bred vifte af centrale problemstillinger for patienter og pårørende. Med formålet at understøtte sammenhængende patientforløb med fokus på samarbejdsrelationer, foretages der følgende konkrete kvalitetsmåling:

- (Fra undersøgelsen af børne- og ungdomspsykiatriens dag- og døgnafsnit) Tilfredshed med netværksmøder/konferencer hvor der var flere tilstede ud over personalet, f.eks. fra skole, PPR, sagsbehandler, praktiserende læge m.v.
- (Fra undersøgelsen på de psykiatriske sengeafsnit) Tilfredshed med aftaler om tiden efter patientens udskrivning, f.eks. om kommende behandling, opfølgning, støtte m.v.

Formålet med undersøgelserne er at give sygehusene et redskab til at skabe de nødvendige forbedringer. Her igennem for sygehusene mulighed for at se om tidligere indsatser har båret frugt, dels hvilke områder, det er nødvendigt at give ekstra opmærksomhed.

I de kommende år vil kvalitetsmåling af Psykiatriens samarbejdsrelationer formentlig få endnu større betydning i De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser. Denne forventning underbygges af (de foreløbige høringsudgaver af) Den Danske Kvalitetsmodel, som indeholder standarder og kvalitetsovervågningsindikatorer for eksempelvis samarbejde med primærsektoren, information til almenpraktiserende læge ved udskrivelse af en patient, information til kommune ved udskrivelse af en patient fra institution samt information ved overflytning mellem enheder og institutioner.

7.1.6 Evaluering af ordningen med udpeging af kommunale kontaktpersoner

Der er udarbejdet en oversigt over kontaktpersoner i de enkelte kommuner, som medarbejdere i Psykiatrien, Region Nordjylland kan henvende sig til ved behov for koordinering af samarbejdet. Oversigten er tilgængelig på Psykiatriens hjemmeside (www.psykiatri.rn.dk). Det er kommunens ansvar at sørge for, at ændringer i personer, telefonnumre eller e-mail-adresser videregives til psykiatrien. Psykiatrien, Region Nordjylland vil ved udgangen af 2008 foretage en intern evaluering af ordningen med kommunale kontaktpersoner.

7.1.7 Politiske styregrupper

I de kommunale/regionale politiske styregrupper, der mødes mindst to gange om året og kan herudover indkaldes efter behov, følges der op på udskrivning med henblik på at sikre den lokale forankring og implementering af sundhedsaftalen. Her følges udviklingen i aktivitet og udgifter i den enkelte kommune, og eventuelle lokale problemstillinger/tvister kan diskuteres og afklares.

7.2 Årlig opfølgning

Til efterårets sidste møde i Sundhedskoordinationsudvalget vil der blive sammenfattet en status som et bidrag til den generelle opfølgning på den samlede sundhedsaftale.

Følgende skal indgå i statusopgørelse:

- vurdering af, om de indgåede aftaler bliver overholdt
- vurdering af, om aftalerne fører til en sammenhængende opgavefordeling
- vurdering af aftalernes hensigtsmæssighed med henblik på nødvendig justering
- vurdering af behovet for yderligere tiltag, der kan skabe forbedringer for et sammenhængende patientforløb

Efterfølgende gennemføres der drøftelser mellem regionen og kommuner for at vurdere behovet for eventuel justering af den konkrete arbejdsdeling. Samtidig overvejes det, om elementer i sundhedsaftalen skal ændres.

Den første opfølgning gennemføres ved udgangen af 2009.

7.3 Konflikt håndtering

Aftaleparterne har som udgangspunkt forpligtiget hinanden til at tvister skal løses på lavest mulige niveau. Det vil eksempelvis sige direkte mellem en sygehusafdeling og de kommunale visitatorer.

Er der ikke en umiddelbar løsning, eller er problemstillingen af generel karakter, vil det være naturligt at dette udredes i kontaktudvalgene. anbefalinger herfra kan så efterfølgende behandles i den administrative styregruppe eller i sidste instans i Sundhedskoordinationsudvalget. Afgørelser truffet i Sundhedskoordinationsudvalget forudsættes efterlevet af aftaleparterne.

7.4 Kontaktpersoner

Ved spørgsmål til det faglige indhold i sundhedsaftalen vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser eller ved spørgsmål til sundhedsaftalen generelt kan kontaktoplysninger på relevante kontaktpersoner i Region Nordjylland findes på www.rn.dk