

**9. juli 2008**

**Forslag**

**Sundhedsaftaler mellem  
Sønderborg Kommune  
og Region Syddanmark**

**Juli 2008**

**Godkendt af kommunalbestyrelsen i XXX Kommune  
xx. september 2008**

**Godkendt af Regionsrådet for Region Syddanmark  
25. august 2008**

## **INDHOLDSFORTEGNELSE**

	side
<b>AFTALEPUNKTER OM TVÆRGÅENDE TEA- MER.....</b>	<b>3</b>
<b>AFTALEPUNKTER OM UDSKRIVNINGFOR- LØB.....</b>	<b>9</b>
<b>AFTALEPUNKTER OM INDLÆGGELSESFOR- LØB.....</b>	<b>21</b>
<b>AFTALEPUNKTER OM GENOPTRÆNINGSFOR- LØB.....</b>	<b>25</b>
<b>AFTALEPUNKTER OM HJÆLPEMID- LER.....</b>	<b>34</b>
<b>AFTALEPUNKTER OM FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME.....</b>	<b>41</b>
<b>AFTALEPUNKTER OM INDSATSEN FOR MENNESKER MED SINDSLIDELSER.....</b>	<b>55</b>

## **Aftalepunkter for tværgående temaer**

# Samarbejdsstruktur på sundhedsområdet i Region Syddanmark

## 1. Det lokale samordningsforum for Sygehus Sønderjylland-området og afgrænsning af forummets opgaver

Det lokale samordningsforum mellem de sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland videreføres. Drøftelserne i forummet skal overordnet tjene til at sikre ånden i lovgivningen om samarbejdet mellem de tre parter; praksis, region og kommuner således, at der altid sikres de bedst muligt sammenhængende patientforløb.

Der udarbejdes en liste over de planlægningsopgaver og aftalte initiativer som det lokale samordningsforum skal håndtere. Disse indarbejdes i en standarddagsorden for det lokale samordningsforum.

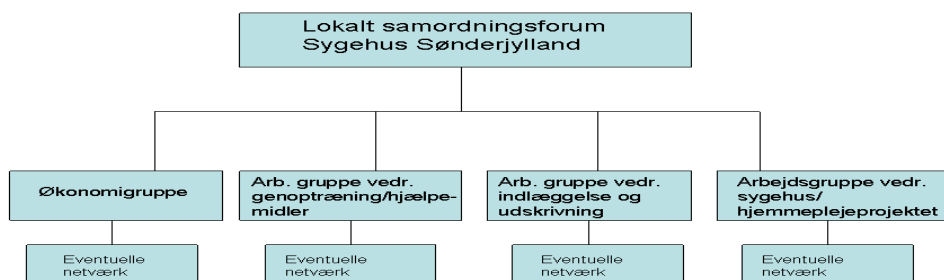
Det lokale samordningsforum beskæftiger sig blandt andet med følgende emner:

- Sikre gensidig og tidlig information om strategier, nye tilbud, driftsændringer m.v.
- Koordinere kapaciteten mellem kommuner og sygehuse
- Sikre overholdelse af de relevante samarbejdsaftaler
- Udspecificere og sikre drøftelse/ overholdelse af samtlige monitoreringsmæssige foranstaltninger, der aftales i forbindelse med kravet om opfølgning på de enkelte indsatsområder i sundhedsaftalen, samt ved alle øvrige krav i grundaftalen, hvor det lokale samordningsforum er nævnt.
- Sikre drøftelse af foretagne kommunekonsekvensvurderinger
- Følge op på den lokale udrulning af den elektroniske kommunikation i henhold til IT-strategien
- Behandl fortolkningsspørgsmål
- Udarbejde årsrapport vedr. behandlede fortolkningsspørgsmål til Sundhedskoordinationsudvalget.
- Det lokale samordningsforum kan, hvis der er enighed mellem de fire kommuner og Sygehus Sønderjylland, nedsætte arbejdsgrupper til varetagelse af opgaver i relation til sundhedsaftalekomplekset
- Det lokale samordningsforum er tovholder på at sikre aktiviteter, der sikrer fælles vidensdeling mellem kommunerne og Sygehus Sønderjylland. Tilrettelæggelsen og koordineringen foregår i et samarbejde med de lokalt nedsatte arbejdsgrupper
- Drøfte vilkår for samarbejde på det geriatriske område herunder snitfladeafklaring mellem geriatrien og gerontopsykiatrien
- m.fl.

*Jf. bilag: (Forretningsorden)*

Der er nedsat fire arbejdsgrupper til at understøtte det lokale samarbejde med sundhedsaftalerne. Arbejdsgrupperne refererer til det lokale samordningsforum. Arbejdsgruppernes opgaver er beskrevet i deres kommissorier. Arbejdsgrupperne kan nedsætte faglige netværk til varetagelse af specifikke faglige problemstillinger og faglige udviklingsaktiviteter/udviklingsopgaver.

Det lokale samordningsforum orienteres løbende om de aktiviteter/opgaver der varetages af arbejdsgrupperne, samt om etablering af nye netværk.



Figur 1: Organisering under det lokale samordningsforum Sygehus Sønderjylland-området

Det lokale samordningsforum har jf. sundhedsaftalens indsatsområder blandt andet følgende opgaver:

#### Indsatsområde: Udskrivning og indlæggelse

- Aftale procedurer ved indlæggelse/udskrivning med apotekerne vedr. borgere, der modtager ikke dosisdispenseret medicin og borgere som modtager dosisdispenseret medicin
- Følge op på VisInfoSyds funktionalitet
- Koordinere af kapacitetsspørgsmål og løbende overvåge samt tilpasse denne/disse
- Krav 1 om koordinering monitoreres gennem løbende opsamling af tvivlsspørgsmål, tvister og beslutninger
- Krav 2 om information samles op gennem de administrative systemer
- Krav 3 om koordinering af kapacitet monitoreres
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitoreringen af samarbejdet

#### Indsatsområde: Genoptræning

- Eventuelt indgå aftaler om overgang fra specialiseret til almen genoptræning
- Følge eventuelle aftaler om udveksling af data ved endt genoptræning
- Koordinering af kapacitetsspørgsmål og løbende overvågning samt tilpasning heraf
- Udveksle af nærmere information om aktivitetsmønstre, herunder omfang og type af genoptræningstilbud
- Drøfte resultater af udførte kvalitetsmålinger
- Drøfte udmøntning af snitfladekatalog
- Foretage en årlig drøftelse af snitfladekatalog (følgegruppen for genoptræning forbereder – ændringsforslag går gennem Sundhedskoordinationsudvalget)
- Gennemføre en årlig kontrol af informationerne på [www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)
- Monitorere:
  - Varsling af ændret behandlingsaktivitet, omlægninger, accelererede patientforløb, ændrede patientstrømme, ændrede patientsammensætninger m.v. (Region Syddanmark)
  - Ændret struktur og kapacitet i forebyggelsesydelser, sundhedsplejen, aflastningstilbud, pleje- og genoptræningstilbud (kommunerne)

#### Indsatsområder: Hjælpemidler

- Koordinere af kapacitet
- Løbende overvåge og tilpasse kapacitet
- Følge og sikre kvaliteten af leveringstider, hjælpemidlernes/ behandlingsredskabers funktionalitet, udlevering og tilbagelevering
- Registrere rejste sager og tvivlsspørgsmål – disse indgår i den årlige afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget
- Vurdere og følge op på om resultaterne af kvalitetsovervågningen, som indeholder en årlig audit på om leveringstidspunkter har været i orden
- gennemføre en patienttilfredshedsundersøgelse hver andet år

## Indsatsområde: Sundhedsfremme og forebyggelse

- Evt. aftale arbejdsdeling mellem kommuner og praksis, alternativt aftales denne gennem praksiskonsulenterne i praksis og i kommune
- Aftale, hvilke kommunale forebyggelsesinitiativer, der kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb
- Sikre opbygningen af patientrettede forebyggelsestilbud inden for patientuddannelse med den rette kapacitet som et fælles udviklingsområde
- Drøfte kapacitetstilpasning og det samlede patientforløb ud fra parternes eksisterende tilbud.
- Evt. aftale, at udskrivende læge kan henvise til kommunale tilbud
- Monitoreringen af indsatserne sker i parternes respektive kvalitetsorganisationer med afrapportering til det lokale samordningsforum
- Monitoreringsindikatorer defineres i samarbejde mellem kvalitetsorganisationerne, og indeholder:
  - Hvilke forebyggende initiativer henvisende læge har iværksat
  - Henvisninger til de kommunale tilbud
  - Forløbet i den kommunale indsats
  - Sker der tilbagemelding til henvisende læge
  - Effekt af initiativer på kort og langt sigt
- Have ansvar for drøftelsen af arbejdsdeling gennem opsamling af tvivlsspørgsmål, tvister og beslutninger vedrørende fortolkning af arbejdsdelingen
- Gennemføre en årlig audit på kvantitativt / kvalitativt indhold i udarbejdede henvisningsmeddelelser samt om der sker afsendelse af afslutningsmeddelelse til praktiserende læge
- Gennemføre en årlig kontrol af oplysninger på [www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)
- Gennemføre en årlig afrapportering til Sundhedskoordinationsudvalget

## **2. Aftale om bilaterale møder mellem de sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland**

Som supplement til det lokale samordningsforum kan der afholdes møder mellem den enkelte kommune og Sygehus Sønderjylland med henblik på drøftelse af specifikke problemstillinger eller indgåelse af bilaterale aftaler.

Møderne kan ligeledes afholdes med henblik på drøftelse af enkeltsager af mere principiel karakter.

Mødedeltagerne vil være bestemt af den aktuelle årsag til mødet. Afdelingsledelserne på de enkelte matricler indgår i drøftelser med kommunen omkring specifikke faglige problemstillinger, planlægnings- og udviklingsopgaver.

## **3. Samordningsforum på det psykiatriske område**

Der etableres et samordningsforum på det psykiatriske område. Opgaveporteføljen svarer til det lokale samordningsforum for det somatiske område og er nærmere beskrevet i de specifikke aftaler for "Indsatsen for mennesker med sindslidelser".

Mødestrukturen for det psykiatriske samordningsforum har 2 niveauer:

1. Det fælles kommunale niveau, hvor der afholdes møder med de 4 kommuner Haderslev, Tønder, Sønderborg og Aabenraa kommuner.  
Der afholdes minimum 2 årlige møder eller efter nærmere aftale.
2. Det somatiske og psykiatriske samordningsforum kan afholde fællesmøder efter nærmere aftale

De nærmere opgaver i forbindelse med at indkalde til møder, indhente punkter til dagsorden, mv. fastsættes i et kommissorium.

Der udarbejdes en årlig status der indsendes til Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark.

## **Sønderborg Kommune**

### **4. Praktiserende behandleres deltagelse i tværsektorielle samarbejds- og udviklingsaktiviteter**

Ved deltagelse af alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller evt. andre praktiserende behandlere som faglige rådgivere i tværsektorielle møde- og planlægnings-aktiviteter o. lign. afholdes honorar-udgifter til disse efter følgende retningslinier:

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

## Dokumentation af aktivitet

### 1. Aftale om dokumentation af aktivitet

Der indgås aftale om dokumentation af aktiviteten. De nærmere vilkår vedrørende form og indhold af aktivitetsdata m.v. afgøres i det lokale samordningsforum på baggrund af indstilling fra den lokale økonomigruppe jf. nedenfor.

Den lokale økonomigruppe har følgende opgaver:

1. Løbende opfølgning på den kommunale medfinansiering; herunder kvalitetssikring og validering med særlig fokus på aktiviteten på Sygehus Sønderjylland som udløser medfinansiering i kommunerne
2. Dokumentation af aktivitet: Arbejdsgruppen skal med særlig fokus på de lokale forhold drøfte de supplerende data, som Region Syddanmark stiller til rådighed.  
Foreløbig er der tale om:
  - a. Genoptræningsplaner fordelt på sygehuse/afdelinger
  - b. Manglende færdigregistrering på indlagte patienter
  - c. Patientskoleaktivitet
  - d. Overflytning mellem sygehuseenheder
  - e. Genindlæggelser*Listen er ikke udtømmende*
3. Koordinering af kapacitet:
  - a. Økonomigruppen skal i samarbejde med det administrative kontaktforum i Region Syddanmark bidrage med at belyse de eventuelle konsekvenser af en given planlægning/ændring af kapacitet i begge sektorer. Dette kan blandt andet ske ved hjælp af kommunekonsekvensvurderinger
4. Gruppen kan tage sager op af egen drift og sygehuset forpligter sig til at være behjælpelige med levering af relevante data i den anledning
5. Andre konkrete opgaver som det lokale samordningsforum ønsker belyst inden for arbejdsgruppens kompetenceområde

Arbejdsgruppen skal i sit arbejde prioritere opgaver/områder, der har tværgående karakter, men kan også drøfte konkrete problemstillinger, der ikke nødvendigvis berører alle samarbejdskommuner.

Der skal endvidere være mulighed for, at sygehuset leverer ad hoc oplysninger efter aftale med kommunen og at sygehuset er behjælpelig med uddybende oplysninger/særregistrering f.eks. i forbindelse med kommunale initiativer på forebyggelsesområdet. Sygehusledelsen sikrer oplysningernes tilvejebringelse.

**Fællesspecifikke aftalepunkter vedr. udskrivningsforløb**

## Krav 1: Koordinering

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

### 1. Implementering af den regionale samarbejdsaftale

Sygehus Sønderjylland og de fire sønderjyske kommuner ønsker at sikre den lokale implementering af den regionale samarbejdsaftale.

Arbejdsgruppen for indlæggelser og udskrivninger har som opgave at udarbejde en lokal implementeringsstrategi, som skal godkendes af det lokale samordningsforum.

### 2. Alvorligt syge og døende patienter

Samarbejdet vedr. samordnet pleje i hjemmet mellem de sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland videreføres efter hidtidige aftaler indtil den regionale aftale på området træder i kraft.

Målgruppen for denne aftale er alvorligt syge og døende kræftpatienter og patienter med Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS), som er i terminalfasen af denne sygdom.

Samordnet pleje omfatter et fleksibelt, vidtgående pleje – observations- og behandlingstilbud, udført i samarbejde mellem kommunernes plejepersonale, praktiserende læger, Det Palliative Team og Sygehus Sønderjylland.

Henvielse til ordningen foregår der, hvor patienten befinder sig, dvs. af praktiserende læge, hvis patienten er i eget hjem, og af overlægen på sygehuset, hvis patienten er indlagt. Forløbet er herefter, at der aftales et stamafsnit, gives besked til egen læge og til kommunen. Patienten får den pjece, der fortæller om ordningen og dens muligheder, og Lægemiddelstyrelsen søges om nødvendigt medicintilskud.

Hvis forløbet strækker sig ud over 6 måneder, tages forløbet op til fornyet drøftelse.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

### 3. Sårbehandling

De sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland viderefører aftalen om "Sår i syd" om telemedicinsk samarbejde om sårbehandling af patienter tilknyttet kommunens hjemmepleje.

"Sår i Syd" er et tværfagligt samarbejde mellem sygehuse, praktiserende læger, specialuddannede sår-sygeplejersker, hjemmeplejen, bandagister og fodterapeuter. Behandlingsforløb registreres i den internetbaserede elektroniske journal *saarbase.dk*, hvorigennem de behandlende parter kan kommunikere. Egen læge og patienten kan få adgang til *saarbase.dk* efter behov.

"Sår i Syd" er lægeligt forankret i ortopædkirurgisk afdeling, Sygehus Sønderjylland.

Arbejdsdelingen mellem region/sygehus og kommune følger princippet om, at regionen/sygehuset varetager og betaler for opgaver i relation til behandlingen, mens kommunerne varetager og betaler for opgaver i relation til pleje og omsorg.

Samarbejdsaftalen blev indgået med virkning fra 1. januar 2007 og evalueres i 2008. Der udføres årlig audit og afrapportering til samarbejdspartnerne.

Samarbejdet vurderes og tilpasses i det somatiske samarbejdsforum på ledelsesplan mellem Sygehus Sønderjylland og de fire sønderjyske kommuner.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

#### **4. Personer med senhjerneske**

Der indgås en samarbejdsaftale mellem de sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland om procedurer i forbindelse med udskrivningsforløb for personer med senhjerneske.

Samarbejdsaftalen udarbejdes og udvikles i en arbejdsgruppe – et fagligt netværk - under det lokale samordningsforum, som har en særlig opgave med vidensdeling og sikring af sammenhæng i de senhjerneskedes komplekse forløb på tværs af sektorerne.

Sygehuset er ansvarlig for den tidligst mulige inddragelse af kommunerne i forløbet, mens kommunerne er ansvarlige for koordinering af de kommunale tilbud efter udskrivningen.

Sygehus Sønderjylland sikrer, at højt specialiserede behandlings- og genoptræningsinstitutioner medvirker i samarbejdet om patientforløbene.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

#### **5. Sygehusbehandling i hjemmet**

Region Syddanmark tager initiativ til nedsættelse af en tværsektoriel arbejdsgruppe vedr. samarbejdet om patienter, der modtager overvågningskrævende behandling i eget hjem, f.eks. respirationspatienter og dialysepatienter.

Arbejdet tager sigte på harmonisering og effektivisering af samarbejdet, herunder:

- serviceniveau for patienterne,
- sygehusenes bistand og rådgivning,
- ansvars- og opgavefordeling mellem kommuner og sygehuse vedr. hjælpepersonale.
- samarbejdet med eksterne parter

Forslag til fremtidige principper forelægges sundhedskoordinationsudvalget og de respektive parter.

Gældende aftaler fortsætter indtil andet er aftalt.

#### **6. Gravide og nyfødte**

Samarbejdet mellem de sønderjyske kommuner samt fødeafdelinger og børneafdelinger ved Sygehus Sønderjylland i forbindelse med gravide og nyfødte videreføres, som anført nedenfor:

##### **6 a. Projekt Sygehus/ sundhedspleje**

De sønderjyske kommuner indgår sammen med Sygehus Sønderjylland i Region Syddanmarks Projekt "sygehus-sundhedspleje". Projektets formål er at understøtte samarbejdet mellem kommuner og sygehus i forbindelse med tværsektorielt samarbejde om fødsler. Kommunerne ønsker i denne forbindelse at modtage de elektroniske fødselsanmeldelser så hurtigt som muligt.

Der arbejdes i projektet med teknisk og organisatorisk implementering af MedComs kommunikationsstandarder for henholdsvis fødselsanmeldelse, korrespondance og relevante epikriser.

Indtil den elektroniske fødselsanmeldelse er implementeret fortsætter den hidtidige praksis med tilsendelse af fødselsanmeldelse fra fødeafdelingen til den relevante kommunes sundhedstjeneste senest to dage efter fødslen.

## **6 b. Samarbejde om koordination af indsatsen for nyfødte med særlige behov**

Ved for tidligt fødte børn og børn, der vejer under 1.500 g, ved komplicerede fødsels- og barselsforløb og ved nyfødte med handicap, orienterer obstetrisk afdeling/børneafdelingen den kommunale sundhedstjeneste så tidligt som muligt under indlæggelsen således, at kommunerne kan følge børnenes udvikling med henblik på eventuel iværksættelse af supplerende foranstaltninger efter udskrivning.

Den sidste fredag i hver måned har såvel Sygehus Sønderjylland som de sønderjyske kommuner mulighed for at sætte børn på en centerkonference; dette gælder for børn, som har en tilknytning til sygehuset. På møderne deltager: Læger fra Børneafdelingen, samt relevante andre fagpersoner fra Sygehus Sønderjylland og handicapkonsulenter fra kommunerne.

Den/de berørte kommune(r) varsles med 1 uge, såfremt børn med bopælsadresse i den pågældende kommune behandles på centerkonference.

## **6 c. Samarbejdet om koordination af indsatsen for gravide med særlige behov**

Kommunernes sundhedspleje har i samarbejde med regionens jordemoderrådgivning etableret rådgivning til særligt udsatte gravide. Målgruppen er gravide, der er meget unge, misbrugere, socialt udsatte eller andre med særlige behov. Henvielse kan ske fra jordemoder, praktiserende læge eller den særligt udsatte kan selv henvende sig.

Ansvarlig for opgaven er lederen af kommunernes sundhedstjeneste i samarbejde med cheffjordmoderen på Sygehus Sønderjylland.

## **6 d. Sundhedsplejersketelefonen**

De sønderjyske kommuner er tilsluttet "Sundhedsplejersketelefonen", der omfatter telefonrådgivning. Målgruppen for telefonrådgivningen er forældre omfattet af sundhedsplejens regi. De enkelte kommuner finansierer ordningen. Kontaktinformationer kan ses på Visinfosyd. [www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk)

## **7. Samarbejde omkring børn og unge**

Der afholdes et samarbejds møde årligt mellem pædiatrisk, gynækologisk- og obstetrisk afdeling, Sygehus Sønderjylland og sundhedsplejersker fra Sygehus Sønderjyllands optageområde. Sygehus Sønderjylland står for mødeindkaldelsen

Pædiatrisk afdeling, Sønderborg, indkalder to gange årligt de kommunalt ansatte børn- og unge læger i De Sønderjyske Sygehuses optageområde til samarbejds møder.

Der afholdes børneernæringsudvalgsmøde to gange årligt med repræsentanter fra Sygehus Sønderjylland og den kommunale sundhedstjeneste.

Ved alle udskrivinger sendes udskrivningsbrev til den kommunale sundhedstjeneste efter accept fra forældremyndighedsindehaver. Derudover sendes sygeplejerapport ved komplicerede forløb.

Ved særlig komplicerede forløb og/eller svære sociale forhold afholdes udskrivningskonference inden udskrivelsen. Hvis der i forbindelse med udskrivning af spædbørn med kompliceret forløb skal være tæt opfølgning fra sundhedsplejen, gives et varsel på 3 hverdage.

Der afholdes 4 årlige samarbejds møder mellem leder fra Børneafdelingen og de ledende sundhedsplejersker fra Sønderborg, Åbenrå, Vejen, Haderslev og Tønder kommune.

Der afholdes temaeftermiddage for sundhedsplejersker og børnesygeplejersker fire gange årligt. Alle kommuner og Børneafdeling, Sygehus Sønderjylland betaler 3000 kr. årligt. Temadagene er gratis for deltagerne.

I samarbejdsfora mellem ledende sundhedsplejersker, ledende jordemødre og ledende sygeplejersker er følgende aftalt:

- En årlig ammeaudit i Haderslev og en i Sønderborg i efteråret med deltagelse af sundhedsplejersker fra optageområdet og personale fra barsels- og fødeafsnit. Der laves audit på to forløb og gives relevant gensidig information. Der afsættes 2 timer. Sygehus Sønderjylland er ansvarlig for afholdelsen.
- Et årligt fællesarrangement i foråret med sundhedsplejersker fra både Sønderborgs og Haderslevs optageområde og personale fra føde- og barselsafsnittene. Det er skiftevis "sygehuset" og sundhedsplejen der arrangerer. Der kan indgå foredrag, workshop, erfaringsudveksling i grupper eller lignende. Første gang aftales til april 2008, hvor de ledende sundhedsplejersker arrangerer og inviterer. Af hensyn til vagtplanlægning meldes datoen for arrangementet ud senest 2 måneder før.

## **8. Tilbud til kommunerne fra Sygehus Sønderjylland – betalingsydelser**

Sygehus Sønderjylland tilbyder følgende betalingsydelser til de fire sønderjyske kommuner.

### **8 a. *Speciallæge supervision til personalet på specialinstitution***

#### **Formål:**

Børneafdelingen, Sygehus Sønderjylland har nogle specielle faglige kompetencer, som de kan tilbyde til kommunernes specialinstitutioner.

#### **Opgave:**

- Rådgivning
- Undervisning

#### **Ressourceforbrug:**

- Speciallægetimer
- Øvrige driftsudgifter herunder kørsel og undervisningsmateriale

#### **Økonomisk beregningsmodel:**

Der benyttes en beregningsmodel pr. time.

#### **Pris:**

1.000 kr./time.

## Sønderborg Kommune

### 9. Fremskudt visitation på Sygehus Sønderjylland, Aabenraa og Sønderborg

Sønderborg Kommune har etableret fremskudt visitation på Sygehus Sønderjylland, nærmere i Aabenraa og i Sønderborg. Samarbejdet er rettet mod koordination, kommunikation og kvalitet i komplicerede patientforløb og omfatter personlig og praktisk hjælp, mad, hjælpemidler og vedligeholdelsestræning. Der henvises til nedenstående.

	<b>Koordinerende visitation</b>
Formål:	Vurdere indlagte borgeres behov for praktisk hjælp, personlig pleje, madservice, vedligeholdelsestræning, aflastning og hjælpemidler/boligændringer
Mål:	Koordinere udskrivninger af kommunens borgere mellem Sygehus Sønderjylland Sønderborg og Åbenrå og leverandørerne
Målgruppe:	Målgruppen udgøres af: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Borgere som allerede ved indlæggelsen modtager hjælp til løsning af praktiske opgaver eller personlig pleje</li><li>➤ Borgere med behov for midlertidig hjælp til løsning af praktiske opgaver eller personlig pleje</li><li>➤ Borgere med behov for boligændringer</li><li>➤ Borgere med behov for hjælpemidler</li><li>➤ Borgere med behov for madservice</li><li>➤ Borgere med behov for vedligeholdelsestræning</li><li>➤ Borgere med behov for en midlertidig aflastningsbolig</li></ul> Personkreds som ikke indgår i målgruppen: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Senhjerneskedede borgere</li><li>➤ Borgere med behov for sygepleje</li><li>➤ Borgere der ikke har været indlagt</li></ul>
Delmål:	<b>Region – kommune</b> Tage initiativ til og sikre, at der sker en optimal anvendelse af de økonomiske ressourcer Færdigbehandlede borgere med behov for hjælpeforanstaltninger, som er omfattet af Sønderborg Kommunes serviceniveau, kan udskrives fra sygehuset hurtigst muligt. Sikre, at de enkelte afdelinger har kendskab til Sønderborg Kommunes servicetilbud. Udskrivelsen planlægges som en forløbende proces. Fremme kommunikationen mellem sektorerne/myndigheder. Indgå bindende aftaler med den enkelte afdeling/sygehus i forhold til den konkrete udskrivelse og videregive disse til henholdsvis borgeren/afdeling/leverandør. Forebygge genindlæggelser. <b>Borgeren</b> Borgeren gøres bekendt med Sønderborg Kommunes servicetilbud Borgeren sikres en glidende overgang fra indlæggelse til ophold i

	<p>egen bolig</p> <p>Sikre, at den fornødne hjælp iværksættes ved udskrivningen.</p> <p>Borgere med behov for midlertidig hjælp oplyses om evt. egenbetalingens forudsætninger og størrelse</p> <p><b>Internt</b></p> <p>Ved behov for vedligeholdelsestræning tages kontakt til den koordinerende træningsterapeut</p> <p>Ved behov for hjælpemidler og boligændringer tages kontakt til kommunens hjælpemiddelafdeling</p> <p>Ved behov for en midlertidig bolig tages kontakt til leverandøren</p> <p><b>Eksternt</b></p> <p>At leverandøren orienteres om de indgåede aftaler</p>
Forudsætninger:	<p><b>Proces</b></p> <p>Den enkelte afdeling oplyser om akutte og planlagte indlæggelser, hvor der vil være et behov for hjælp i forhold til formålet</p> <p>For de borgere som ved indlæggelsen modtager hjælp, skal den koordinerende visitation hurtigst muligt oplyse den enkelte afdeling omkring de forhold/den hjælp som blev ydet forud for indlæggelsen</p> <p>Afdelingerne oplyser den enkelte borger om formålet med den koordinerende visitation</p> <p>Den koordinerende visitation skal oplyses omkring den tidsmæssige horisont af den pågældende indlæggelse</p> <p>Aftaler om udskrivninger dokumenteres – elektronisk eller på særskilt skema</p> <p>Afdelingen dokumenterer borgerens funktionsniveau og evt. målsætning for træning, behov for pleje, vedligeholdelsestræning eller hjælpemidler</p> <p>Sygehus og kommunen sikrer en løbende opfølgning på den enkelte udskrivning samt en evaluering/validering af forløbet</p> <p><b>Borger</b></p> <p>Borgeren informeres om det kommunale serviceniveau i form af informationsmateriale eller ved planlagte møder på afdelingen</p> <p><b>Ressourcer</b></p> <p>Der udarbejdes nye samarbejdsaftaler mellem det enkelte sygehus og den koordinerende visitation</p> <p>Afdelingerne forpligter sig til at deltage i planlægningsmøder, herunder svære udskrivningsforløb med evt. hjemmebesøg</p> <p>Der vil være behov for kontorlokaler med adgang til IT, kommunikation til og fra Sønderborg Kommune, telefon samt computer og printer</p>

## **10. Henvisning af børn til træning efter serviceloven**

Ved henvisning til kommunal børnetræning (ikke børn med genoptræningsplaner) anvender sygehusene det indstillingsskema, som de sønderjyske kommuners øvrige institutioner anvender, når de henviser børn til træning efter serviceloven. Indstillingsskemaet findes på Sønderborg Kommunes hjemmeside.

Indstillingsskemaet findes på [www.sonderborg.dk](http://www.sonderborg.dk) – "Pasning og skolegang" – "Børn med særlige behov" – "Familieafdelingen"

## Krav 2: Information

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.

### **Krav 3: Koordination af kapacitet**

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

#### **1: Koordinering af kapacitet**

Early Warning:

Der indgås nærmere aftale om principper for og varslingsfrister vedrørende ændringer i sygehusenes produktionsforhold, som har betydning for kommunens ressourceanvendelse og fysiske kapacitet. Dette kan eksempelvis være ved særlige, tidsafgrænsede indsatser til nedbringelse af ventelister for særlige diagnoser, eller afvikling, flytning og/ eller hjemtagelse af behandlinger som følge af regionens interne opgavetilrettelæggelse og ferieafvikling.

## Krav 4: Opfølgning Hvordan parterne følger op på aftalen.

### 1. Aftale om opfølgning

Der lægges stor vægt på, at den kommende systematisering af kvalitet via Den Danske Kvalitetsmodel skal levere parametrene til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eftersom der for en stor dels vedkommende bliver tale om forskellige kvalitetsstandarder for sygehuse og kommuner, og fordi man ikke akkrediterer sygehuse og kommuner i samme takt, skal der identificeres og aftales øvrige parametre til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eksempelvis kan faste aftaler om tidsfrister mm. bidrage til at gøre sundhedsaftalerne "målbare" i opfølgningmæssig henseende. Det samme kan opfølgning via måling/ formidling af overholdelse af sygehusenes servicemål.

Det lokale samordningsforums rolle i forhold til opfølgning:

- Udspecificere og sikre drøftelse/ overholdelse af samtlige monitoreringsmæssige foranstaltninger, der aftales i forbindelse med kravet om opfølgning på de enkelte krav i sundhedsaftalen vedr. udskrivning samt yderligere initiativer der igangsættes.

Der udarbejdes en komplet liste over de planlægningsopgaver og aftalte initiativer som det lokale samordningsforum skal håndtere. Disse indarbejdes i en standarddagsorden for det lokale samordningsforum.

#### **Arbejdsgruppen for indlæggelse og udskrivelsers kommissorium.**

Organiseringen af samarbejdet mellem Region Syddanmark herunder Sygehus Sønderjylland og de fire sønderjyske kommuner er siden årsskiftet 2007 blevet institutionaliseret gennem sundhedsaftalerne og oprettelsen af det lokale samordningsforum. Der har vist sig et behov fra begge sektorer for at etablere et forum på et operationelt niveau under det lokale samordningsforum.

#### Formål og opgaver:

Formålet er at styrke kontakten og kommunikationen på tværs af sektorgrænserne ved at etablere et forum, som kan koordinere, implementere og kvalitetssikre samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg, Haderslev, Aabenraa og Tønder kommuner i forhold til nedenstående udvalgte områder af sundhedsaftalerne:

- Indlæggelsesforløb
- Udskrivningsforløb

#### Opgaverne omfatter:

- Koordinering, implementering og kvalitetssikring af samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og kommunerne vedr. indlæggelse og udskrivning
- Være opdateret på udviklingen inden for det tværsektorielle samarbejde lokalt, mhp. at drage fælles læring heraf
- Evt. foreslå oprettelse arbejdsgrupper for fagpersoner på tværs af sektorerne med henblik på kvalitetssikring af indlæggelser og udskrivninger
- Rådgivende funktion til det lokale samordningsforum.

### 2. Audits:

Sygehus Sønderjylland vil i aftaleperioden i samarbejde med den enkelte kommune arrangere audits, hvor enkelte patientforløb drøftes med henblik på fælles kvalitetsudvikling vedr. indlæggelser og udskrivning mellem sygehuset og kommunerne.

**Fællesspecifikke aftalepunkter vedr. indlæggelsesforløb**

### Krav 1: Information

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

## **Krav 2: Forebyggelse af uheldsmæssige akutte indlæggelser Hvordan parterne forebygger uheldsmæssige akutte indlæggelser.**

### **1: Forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser**

Samarbejdet mellem de sønderjyske kommuner og Region Syddanmark vedr. forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser tager udgangspunkt i sundhedslovens opgave- og ansvarsfordeling.

Eventuelle samarbejdsprojekter kan etableres efter følgende principper

- Ved etablering af tilbud/projekter profiterer så vel kommune som region af dette
- Der foreligger klar aftale om tilbudets indhold, opgaver, metode, proces, ansvarlige, ressourcer, økonomi og finansiering
- Ved evt. ansøgning om pulje- og projektmidler mv. forankres udformningen af en sådan i kommune og region

For hvert initiativ indgås separat skriftlig aftale.

### **Sønderborg Kommune**

#### **2: Forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser**

##### **2.a. Samarbejde vedr. kommunalt akutteam**

Sønderborg Kommune og Sygehus Sønderjylland samarbejder om projektbeskrivelse vedr. samarbejde om kommunalt akutteam.

## Krav 3: Opfølgning

Hvordan parterne følger op på aftalen.

### 1. Aftale om opfølgning

Der lægges stor vægt på, at den kommende systematisering af kvalitet via Den Danske Kvalitetsmodel skal levere parametrene til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eftersom der for en stor dels vedkommende bliver tale om forskellige kvalitetsstandarder for sygehuse og kommuner, og fordi man ikke akkrediterer sygehuse og kommuner i samme takt, skal der identificeres og aftales øvrige parametre til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eksempelvis kan faste aftaler om tidsfrister mm. bidrage til at gøre sundhedsaftalerne "målbare" i opfølgningmæssig henseende. Det samme kan opfølgning via måling/ formidling af overholdelse af sygehusenes servicemål.

Det lokale samordningsforums rolle i forhold til opfølgning:

- Udspecificere og sikre drøftelse/ overholdelse af samtlige monitoreringsmæssige foranstaltninger, der aftales i forbindelse med kravet om opfølgning på de enkelte krav i sundhedsaftalen vedr. udskrivning samt yderligere initiativer der igangsættes.

Der udarbejdes en komplet liste over de planlægningsopgaver og aftalte initiativer som det lokale samordningsforum skal håndtere. Disse indarbejdes i en standarddagsorden for det lokale samordningsforum.

#### **Arbejdsgruppen for indlæggelse og udskrivelsers kommissorium.**

Organiseringen af samarbejdet mellem Region Syddanmark herunder Sygehus Sønderjylland og de fire sønderjyske kommuner er siden årsskiftet 2007 blevet institutionaliseret gennem sundhedsaftalerne og oprettelsen af det lokale samordningsforum. Der har vist sig et behov fra begge sektorer for at etablere et forum på et operationelt niveau under det lokale samordningsforum.

#### Formål og opgaver:

Formålet er at styrke kontakten og kommunikationen på tværs af sektorgrænserne ved at etablere et forum, som kan koordinere, implementere og kvalitetssikre samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og Sønderborg, Haderslev, Aabenraa og Tønder kommuner i forhold til nedenstående udvalgte områder af sundhedsaftalerne:

- Indlæggelsesforløb
- Udskrivningsforløb

#### Opgaverne omfatter:

- Koordinering, implementering og kvalitetssikring af samarbejdet mellem Sygehus Sønderjylland og kommunerne vedr. indlæggelse og udskrivelse
- Være opdateret på udviklingen inden for det tværsektorielle samarbejde lokalt, mhp. at drage fælles læring heraf
- Evt. foreslå oprettelse arbejdsgrupper for fagpersoner på tværs af sektorerne med henblik på kvalitetssikring af indlæggelser og udskrivninger
- Rådgivende funktion til det lokale samordningsforum.

### 2. Audits:

Sygehus Sønderjylland vil i aftaleperioden i samarbejde med den enkelte kommune arrangere audits, hvor enkelte patientforløb drøftes med henblik på fælles kvalitetsudvikling vedr. indlæggelser og udskrivninger mellem sygehuset og kommunerne.

# **Fællesspecifikke aftalepunkter vedr. genoptræningsforløb**

## Krav nr. 1: Arbejdsdeling

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 tredjepart

### 1. Hjemmebesøg

- Hjemmebesøg som led i forberedelserne af udskrivning er som udgangspunkt alene de sønderjyske kommuners opgave. I situationer, hvor en kommune foretager en vurdering af behovet for midlertidige hjælpemidler (Jf. Grundaftale om hjælpemiddelområdet), er det regionens forpligtelse at udlevere hjælpemidlerne. Efter nærmere aftale kan sygehuset deltage i disse hjemmebesøg
- Hjemmebesøg som led i udredningen eller den akutte genoptræning er en del af behandlingen under indlæggelse og alene sygehusets opgave. Efter aftale kan kommunerne deltage i disse hjemmebesøg.

Der udarbejdes en mere specificeret retningslinje for hjemmebesøg som skal godkendes i det lokale samarbejdsforum.

### 2. Fortræning/ prætræning

"Træning" med patienter før udførelsen af en planlagt procedure på sygehus anses for en del af selve proceduren og er dermed en del af sygehusbehandlingen. Der tænkes i denne forbindelse bl.a. på patientseminarer, som patienten deltager i før en eventuel operation.

### 3. Befordring

Sygehus Sønderjylland bestiller efter aftale med kommunerne kørsler hos patientbefordringen.

Nærmere aftale udarbejdes mellem sygehus og kommune om logistik vedr. befordring, f.eks. bestilling og afbestilling.

Aftalen kan ses på [www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk)

### 4. Genoptræningstilbud Sygehus Sønderjylland

Sygehus Sønderjylland leverer specialiseret genoptræning til alle patientkategorier.

Få specialer tilbydes kun på Sygehus Sønderjylland, Sønderborg, det drejer sig om håndkirurgi og børn. Genoptræning af KOL, hjerte, apopleksi og geriatri tilbydes kun på Sygehus Sønderjylland, Sønderborg, Haderslev og Tønder.

Beskrivelsen af de enkelte tilbud kan ses på [www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk)

## **Sønderborg Kommune**

### **5. Levering af genoptræningsydelser**

Sønderborg Kommune varetager den almene genoptræning ved egne institutioner på Mølleparken (Sønderborg), Tangshave (Nordborg) og Nybøl plejecenter. Træningen kan foregå på træningscenter, i bassin eller i hjemmet. Træningen kan foregå individuelt eller på hold.

### **6. Bassinleje**

Sønderborg Kommune lejer bassinfaciliteter med videre af Sygehus Sønderjylland efter nærmere aftale.

Aftalen videreføres på eksisterende aftalevilkår, idet der afventes overordnede regionale aftalevilkår på området.

## Krav nr. 2: Kommunikation

Aftalen skal beskrive, 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

### 1. Aftale om gensidig udveksling af status efter endt genoptræning

For at sikre et sammenhængende patientforløb udveksles status mellem Sygehus Sønderjylland, de sønderjyske kommuner og egen læge, når et genoptræningsforløb afsluttes.

Status skal ligeledes sikre gensidig læring og udvikling på sygehuse, i kommuner og ved egen læge.

#### Sygehusenes opgave ved afslutning af specialiseret genoptræningsforløb:

Fremsender systematiske oplysninger om følgende (Jf. blanket: Afslutning af specialiseret genoptræning):

1. Patientens data
2. Kortfattet genoptræningsforløbsbeskrivelse
3. Aktuel funktionsevne suppleret med relevante funktionsevнемålinger
4. Fremadrettede initiativer, fx aftaler indgået med borgeren.
5. Anvendt tid – (dato for træningsstart og træningsafslutning)
6. Antal gange på hold/individuel
7. Information om hvorvidt der er modtaget fribefordring

Oplysningerne sendes til kommunen og til patientens egen læge.

#### Den enkelte kommunes opgave ved afslutning af alment genoptræningsforløb:

Fremsender systematiske oplysninger om følgende:

1. Patientens data
2. Konklusion på genoptræningsforløbet
  - Kortfattet forløbsbeskrivelse
  - Aktuel funktionsevne suppleret med relevante funktionsevнемålinger
  - Blev målet med genoptræningen nået
  - Fremadrettede initiativer, fx aftaler indgået med borgeren.
3. Anvendt tid – (dato for træningsstart og træningsafslutning)

Oplysningerne sendes til udskrivende sygehus og til borgerens egen læge.

### 2. Aftale om udarbejdelse af status inden/efter kontrol.

I tilfælde hvor det findes relevant udarbejder den enkelte kommunes terapeut en status på borgeren inden kontrollen. Status omfatter:

- Kort statusbeskrivelse af det hidtidige træningsforløb
- Spørgsmål man gerne vil have svar på til kontrollen

Ved kontrol er det sygehusets opgave at give en tilbagemelding på de stillede spørgsmål. (Jf. Blanket: Status og spørgsmål ved kontrol på sygehus).

### **3. Ændring af behandlings- og genoptræningsmetoder**

Ændring af behandlings- og/eller genoptræningsmetoder af betydning for genoptræningsindsatsen meddeles i den lokale genoptræningsgruppe umiddelbart efter vedtagelsen og senest 1 måned inden implementering, og i det lokale samordningsforum på førstkommende møde.

### **Sønderborg Kommune**

#### **4. Iværksættelse af almen ambulant genoptræning**

Træning iværksættes inden for den, i det kommunale serviceniveau fastsatte ramme, med mindre andet er angivet i genoptræningsplanen.

### **Krav nr. 3: Frit valg af genoptræningssted**

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

#### **Sønderborg Kommune**

##### **1. Information om frit valg af genoptræning**

Sønderborg Kommune udarbejder en specifik elektronisk vejledning, som kan indgå i den elektroniske genoptræningsplan. Indtil der foreligger elektroniske genoptræningsplaner foreligger vejledninger i papirform. Sygehus Sønderjylland udleverer vejledningen til patienterne.

Udover en generel vejledning om det frie valg på genoptræningsområdet, skal vejledningen indeholde oplysninger om navn på kommunens kontaktperson på genoptræningsområdet, telefonnummer og internetadresse. Endvidere skal vejledningen indeholde oplysninger om eksisterende tilbud, samt tilbuddenes målgruppe. Vejledningen kan desuden eksempelvis indeholde oplysninger om borgerens egenbetaling i tilknytning til transport mv. Det skal sikres, at de praktiserende læger får adgang til oplysningerne.

Det er Sønderborg Kommunes ansvar at vedligeholde og ajourføre oplysningerne i den database, vejledningerne trækkes fra.

#### Krav nr. 4: Koordinering af kapacitet

Aftalen skal beskrive, 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.

## Krav nr. 5: Opfølgning

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen

### 1. Aftale om opfølgning

Der lægges stor vægt på, at den kommende systematisering af kvalitet via Den Danske Kvalitetsmodel skal levere parametrene til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eftersom der for en stor dels vedkommende bliver tale om forskellige kvalitetsstandarder for sygehuse og kommuner, og fordi man ikke akkrediterer sygehuse og kommuner i samme takt, skal der identificeres og aftales øvrige parametre til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eksempelvis kan faste aftaler om tidsfrister mm. bidrage til at gøre sundhedsaftalerne "målbare" i opfølgningmæssig henseende. Det samme kan opfølgning via måling/ formidling af overholdelse af sygehusenes servicemål.

Det lokale samordningsforums rolle i forhold til opfølgning:

- Udspecificere og sikre drøftelse/ overholdelse af samtlige monitoreringsmæssige foranstaltninger, der aftales i forbindelse med kravet om opfølgning på de enkelte krav i sundhedsaftalen vedr. genoptræning samt yderligere initiativer der igangsættes.

Der udarbejdes en komplet liste over de planlægningsopgaver og aftalte initiativer som det lokale samordningsforum skal håndtere. Disse indarbejdes i en standarddagsorden for det lokale samordningsforum.

### Arbejdsgruppen for genoptræning og hjælpemidler <sup>1</sup>

Der er med reference til det lokale samordningsforum nedsat en lokal genoptrænings- og hjælpemiddelgruppe.

Det er arbejdsgruppens primære formål at give faglig sparring til det lokale samordningsforum på spørgsmål og problemstillinger vedr. genoptræningsområdet og hjælpemiddelområdet, herunder at give forskellige bud på hvordan Sygehus Sønderjylland, praksis og de sønderjyske kommuner i fællesskab kvalitetsudvikler og kvalitetssikrer genoptræningsområdet og hjælpemiddelområdet.

Den ændrede praksis omkring opgaveløsningen på genoptræningsområdet bør følges og justeres for at forhindre u hensigtsmæssige følger, og for at sikre den kontinuerlige kvalitetsudvikling. I denne monitoring spiller arbejdsgruppen en væsentlig rolle.

Den kommunale finansiering og medfinansiering af genoptræningsydelse skal ligeledes monitoreres og følges mhp parternes budgetlægning. Det bliver her arbejdsgruppens opgave at komme med en faglig vinkel på det forskellige talmateriale, der er på genoptræningsområdet herunder at påpege trends mm.

Arbejdsgruppen har følgende kommissorium:

- at kvalificere det af økonomigruppen indsamlede faglige talmateriale
- at evaluere den samlede genoptræningsydelse
  - A. Herunder evaluere den nye procedure for genoptræningsplaner
- at sikre løbende kvalitetsudvikling af genoptræningsservicen over for borgerne og hinanden
- at sikre gensidig information omkring nye tiltag i begge sektorer, der har indflydelse på opgavetilrettelæggelsen

---

<sup>1</sup> Kommissoriet for arbejdsgruppen er under revision.

- At udarbejde audit på genoptræningsplanen, herunder at bistå det lokale samordningsforum med at opstille en handle- og tidsplan for ønskede ændringer på genoptræningsområdet ift. til et givent auditresultat.

**Fællesspecifikke aftalepunkter vedr. hjælpemid-  
delområdet**

## Krav nr. 1: Arbejdsdeling

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

### 1. Samarbejde på hjælpemiddelområdet:

Med udgangspunkt i principperne for arbejdsdeling

- Let adgang til behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Enkel logistik

ønsker Haderslev, Tønder, Aabenraa og Sønderborg kommuner og Sygehus Sønderjylland at etablere et samarbejde på hjælpemiddelområdet.

Samarbejdet skal sikre, at der i fremtiden er sammenhæng og kvalitet i udlevering, anvendelse og aflevering af hjælpemidler til borgerne i kommunerne.

Den lokale arbejdsgruppe for genoptræning og hjælpemidler skal afklare:

- Arbejdsgange og -metoder, herunder udbringning og afhentning af hjælpemidler
- Opfølgning, herunder overholdelse af leveringstider, udlevering og tilbagelevering mv. af hjælpemidler/behandlingsredskaber
- Snitflader mellem regionalt behandlingsredskab og kommunalt hjælpemiddel
- Ressourcer og økonomi.

Ovenstående indarbejdes i det reviderede kommissorium for den lokale arbejdsgruppe for genoptræning og hjælpemidler.

I forbindelse med revideringen af kommissoriet, drøftes muligheden for at inddrage ekstern bistand på området.

## Krav nr. 2: Kapacitet

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

### Krav nr. 3: Afklaring af behov

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.

## Krav nr. 4: Information

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.

### 1. Fælles kompetenceudvikling

De sønderjyske kommuner og Sygehus Sønderjylland vil samarbejde om kompetenceudvikling på følgende fokusområder:

- Trykaflastende madrasser
- Fælles fokus på forflytninger, med og uden hjælpemidler - et udviklingsprojekt.

## **1. Aftale om opfølgning**

Der lægges stor vægt på, at den kommende systematisering af kvalitet via Den Danske Kvalitetsmodel skal levere parametrene til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eftersom der for en stor dels vedkommende bliver tale om forskellige kvalitetsstandarder for sygehuse og kommuner, og fordi man ikke akkrediterer sygehuse og kommuner i samme takt, skal der identificeres og aftales øvrige parametre til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eksempelvis kan faste aftaler om tidsfrister mm. bidrage til at gøre sundhedsaftalerne "målbare" i opfølgningmæssig henseende. Det samme kan opfølgning via måling/ formidling af overholdelse af sygehusenes servicemål.

Det lokale samordningsforums rolle i forhold til opfølgning:

- Udspecificere og sikre drøftelse/ overholdelse af samtlige monitoreringsmæssige foranstaltninger, der aftales i forbindelse med kravet om opfølgning på de enkelte krav i sundhedsaftalen vedr. udskrivning samt yderligere initiativer der igangsættes.

Der udarbejdes en komplet liste over de planlægningsopgaver og aftalte initiativer som det lokale samordningsforum skal håndtere. Disse indarbejdes i en standarddagsorden for det lokale samordningsforum.

## **Arbejdsgruppen for genoptræning og hjælpemidler <sup>2</sup>**

Der er med reference til det lokale samordningsforum nedsat en lokal genoptrænings- og hjælpemiddelgruppe.

Det er arbejdsgruppens primære formål at give faglig sparring til det lokale samordningsforum på spørgsmål og problemstillinger vedr. genoptræningsområdet og hjælpemiddelområdet, herunder at give forskellige bud på hvordan Sygehus Sønderjylland, praksis og de sønderjyske kommuner i fællesskab kvalitetsudvikler og kvalitetssikrer genoptræningsområdet og hjælpemiddelområdet.

## **2. Vidensdeling**

Der samarbejdes omkring vidensdeling og opfølgning mellem Sygehus Sønderjylland og de sønderjyske kommuner på hjælpemiddelområdet i form af halvårige dialogmøder angående praksis og principbeslutninger.

---

<sup>2</sup> Kommissoriet for arbejdsgruppen er under revision.

**Fællesspecifikke aftalepunkter vedr. forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse**

## Krav 1: Arbejdsdeling

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

### 1. Fælles "rygestop-projekt"

Der er i samarbejde med Sygehus Sønderjylland og de 4 sønderjyske kommuner etableret et fælles projekt "Rygeintervention til syge borgere".

#### Baggrund:

Uanset hvor meget man ryger, er det forbundet med øget sygdomsrisiko eller at eksisterende sygdom forværres. Rygning tegner sig for 24 % af alle dødsfald.

#### Opsporing, stratificering og metode:

Nedenfor er der søgt skitseret organiseringen for opsporing, stratificering og metode for rygeintervention til syge borgere. Der er taget udgangspunkt i følgende principper og arbejdsdeling:

- såfremt borgeren er syg og rygestop er et led i behandling er det en regional opgave
- såfremt borgere er syge, men rygeintervention ikke er et led i behandling er det en kommunal opgave

#### Stratificering:

Stratificeringen af syge borgere der ryger tager bl.a. udgangspunkt i det/de stadie(r) en ryger befinder sig i. Tilbudene vil afhænge af stadie den enkelte og/eller grupper befinder sig og er inddelt i følgende:

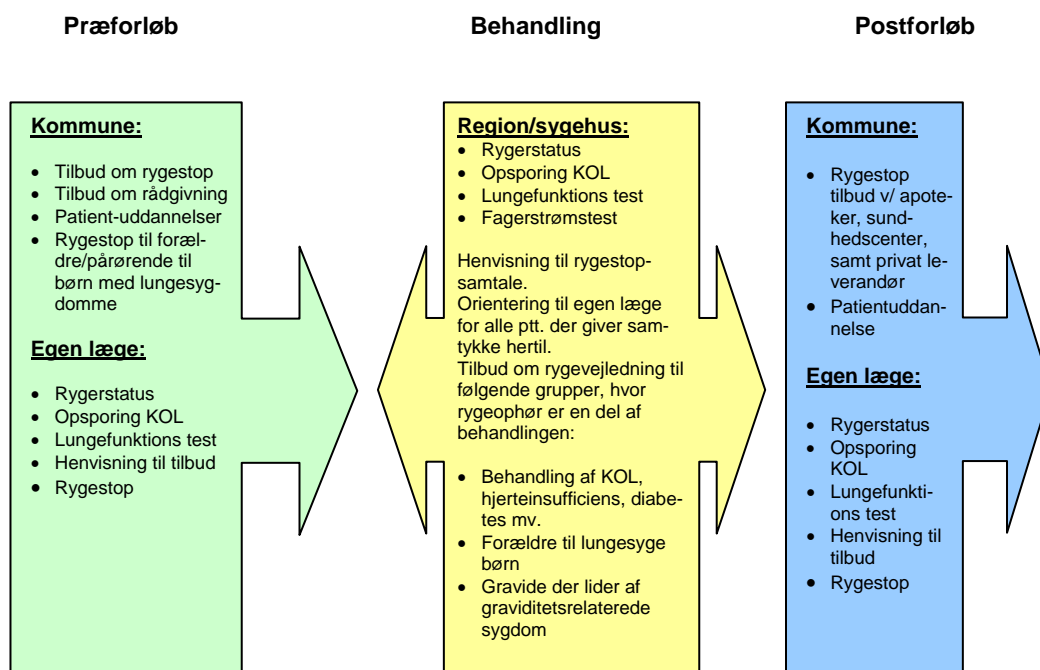
1. Overvejelse af ændring
2. Forberedelse af ændring
3. Påbegyndt ændring
4. Vedligeholdelse af ændring ->
5. Ændret adfærd eller tilbagefald

#### Opsporing:

Opsporing sker ved en af parterne – sygehus, egen læge, sundhedscenter eller lignende. I fig. 1 er det skitseret hvordan og hvor borgeren kan møde det offentlige system.

Fig. 1:

Organisatorisk oversigt over aktørernes rolle, opgaver og tilbud i forhold til rygeintervention til syge borgere.



**Målgruppen:**

Målgruppen er borgere, der ryger og som kommer i kontakt med kommune eller det øvrige sundhedssystem, herunder i særlig grad borgere, der er blevet syge som følge af deres rygning, fx borgere med Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (Sundhedsstyrelsen, om KOL 2006). Rygestoptilbud tilbydes henholdsvis som gruppetilbud eller individuelle tilbud afhængig af målgrupperne.

**Formålet:**

Formålet med rygeintervention til syge borgere er at mindske antallet af rygere i alle aldersgrupper, bedre borgerens fysiske status, nedsætte sygeligheden og bedre livskvaliteten.

**Arbejdsdeling:**

Med det formål at opspore og give tilbud om rygestop til syge borgere er der nedenfor søgt at skitsere de forskellige parters opgaver vedr. visitation og arbejdsdeling vedr. rygeintervention for syge borgere.

**Visitation:**

*Borgere henviser sig selv til:*

- Rygestopkursus på sundhedscenter. Gratis eller mod deltagerbetaling (afklares i den enkelte kommune om man ønsker at give et gratis)
- Rygestopkurser på apotek, gratis for borgeren, – kommunen finansierer

*Kommunen henviser til:*

- Rygestopkursus på sundhedscenter (fx særlige indsatser for brugere/klienter, der er blevet syge eller er i fare for at blive syge)
- Rygestopkurser på apotek / anden aktør (gennem en generel markedsføring af tilbud)

Det kan overvejes, om der skal gives tilbud til syge borgere gennem aftale med anden aktør, der er selvstændig samt sundhedsfagligt uddannet (diætist, kiropraktor, fysioterapeut, sygeplejerske eller andet)

*Praktiserende læger henviser til:*

- Rygevejledning på sygehus (hvis patienten er blevet alvorligt syg eller er i fare for at blive alvorligt syg (Svær KOL, hjerteinsufficiens, diabetes, forældre til hjerte- og astmabørn)
- Rygestopkursus på sundhedscenter (hvis patienten er blevet syg eller er i fare for at blive syg)
- Rygestopkurser på apotek (hvis patienten er motiveret for rygestop)
- Rygestopkurser hos anden aktør, (hvis patienten er motiveret for rygestop)

Det betyder at ved enhver patients henvendelse til egen læge skal følgende procedure mv. træde i kraft

*Sygehus henviser til:*

- Rygevejledning på sygehus (hvis patienten er blevet alvorligt syg eller er i fare for at blive alvorligt syg (Svær KOL, hjerteinsufficiens, diabetes, forældre til hjerte- og astmabørn)
- Rygestopkursus på sundhedscenter (hvis patienten er blevet syg eller er i fare for at blive syge)
- Rygestopkurser på apotek (hvis patienten er motiveret for rygestop)
- Rygestopkurser hos anden aktør, (hvis patienten er motiveret for rygestop)

## 2. Beskrivelse af patientrettede tilbud fra Sygehus Sønderjylland:

### 2.a. KOL-skole (under udvikling)

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) kan med rette betegnes som en folkesygdom. Det skønnes, at mindst 150 000 danskere har symptomgivende KOL og at der er ca. 300.000 som har sygdommen. På landsplan resulterer sygdommen i ca. 3900 dødsfald og ca. 25 000 Indlæggelser årligt. KOL er karakteriseret ved irreversibel nedsættelse af lungefunktionen. I avanceret stadium er sygdommen præget af gradvis tiltagende og efterhånden invaliderende åndenød som det vigtigste symptom.

I de seneste år er der fremkommet en række nationale og internationale anbefalinger vedrørende diagnose og medicinsk behandling af KOL og senest også retningslinier for rehabilitering. Der er i dag international konsensus om, at deltagelse i rehabiliteringsprogrammer er en vigtig bestanddel af KOL behandlingen.

Der foreligger en solid dokumentation for, at rehabiliteringsprogrammer har gavnlig effekt på patienternes fornemmelse af åndenød, på den helbredsbedingede livskvalitet, fysisk formåen og på patienternes håndtering af sygdommen. Der findes også nyere undersøgelser som viser, at rehabiliteringsprogrammer fører til færre indlæggelser og nedsætter herved ressourceforbruget.

Sundhedsstyrelsen anbefaler multidisciplinærprogram bestående af:

- Rygeafvænning
- Fysisk træning
- Medicinsk behandling
- Ernæringsvejledning
- Patientundervisning
- Psykosocial støtte

For KOL-området er det angivet i grundaftalen, at sygehuset er ansvarlig for at tilbyde rehabilitering til patienter med svær og meget svær KOL, mens kommunerne er ansvarlig for at tilbyde rehabilitering til patienter med let og moderat KOL.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

### 2.b. Pårørende til senhjerneskedede

Pårørende inddrages hurtigt i forløbet til møder og samtaler for at sikre en god dialog i patientens sygdomsforløb.

De pårørende deltager i teammøder og træningsseancer, hvor de respektive terapeuter instruerer og underviser i ex. forflytninger og spisetræning, hjælpemidler m.v.

For pårørende til apopleksi-patienter samler talepædagog grupper af pårørende til råd/vejledning og undervisning.

Endvidere samles pårørende til senhjerneskedede patienter i hold til information, undervisning og støtte ved neuropsykolog og sygeplejerske med specialfunktion i neurorehabilitering.

Hvis der er børn arrangeres særskilte hold.

For alle hold gælder, at der evalueres på indhold, udbytte m.v. via spørgeskema.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

## 2.c. Diabetes

Der er undervisning i temaer vedr. diabetes (sygdom, blodglukosemåling, kost, senkomplikationer, motion, fodpleje, festlige lejligheder, sygdom, ferie, fremtidige kontroller, diabetesdagbogen, pårørende). Desuden motiveres personer til livsstilsændringer.

Praktisk undervisning i skolekøkken, motion ved øvelser. Undervisningen er vidensformidling og patient involvering og dialog.

Bruge dele af terapeutisk patientundervisning, hvor der lægges vægt på at gøre patienten fra passiv til aktiv deltager.

Der er både teoretiske og praktiske hjemmeopgaver.

Der er ca. 5-6 pårørende på hvert hold.

Kurset er ikke forebyggende for diabetes, men for senkomplikationer og således en del af behandlingen

Diabetessygeplejersker og kliniske diætister er tilstede under hele kurset. Fysioterapeuter er med to timer og fodterapeuter en time.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

## 2.d. Nyreskole

Både sygdomsspecifik og på tværs af nefrologiske diagnoser. Kurset er en veksling mellem foredrag, dialog og patientinvolvering og skal ses som supplement til individuel undervisning.

Pårørende deltager på lige fod med patienterne.

Dag 1.: Nyrernes funktion

Symptomer ved nyresvigt

Medicin

Transplantation

Ved specialsygeplejerske og speciallæge i nefrologi

Dag 2.: Ændret livssituation

Sociale rettigheder

Patientforening

Ved specialsygeplejerske og Nyreforeningen Sønderjyllands Amt

Dag 3.: Motionens værdi

Forebyggende træning

Kost (specialekost hos nyresyge)

Ved fysioterapeut og diætist

Dag 4.: Dialyseformer

Bughindodialyse (APD & CAPD)

Hæmodialyse

Hjemmehæmodialyse

Ved sygeplejerske og læge

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

## 2.e. Tidlig hjerterehabilitering

Fysisk træning for at forbedre det fysiske funktionsniveau, blive fortrolig med egen fysiske formåen, motivation til fortsat fysisk aktivitet.

Diagnoserne er Sternotomi, bypass og hjerteklapsoperationer.

2 gange ¾ t ugentlig i 1 måned, herefter fortsætter patienterne på almen rehabilitering i 45 uger pr. år.

Der afholdes tværfaglige møder 2 timer 1 gang månedligt med tilstedeværelse af 1 fysioterapeut, samt sygeplejerske, læge, diætist og sekretær.

Fysioterapeuten har et 3 dages kursus i fysisk træning til hjertepatienter i Danske Fysioterapeuters regi.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

## **2 f. Almen hjerterehabilitering**

Fysisk træning for at forbedre det fysiske funktionsniveau, blive fortrolig med egen fysiske formåen, motivation til fortsat fysisk aktivitet.

Diagnoserne er Bypass op., hjerteklap op., Akut coronar sygdom, ballonudvidelse.

Holdet modtager 1 times fysisk træning (ledet af en fysioterapeut) og 1 times undervisning (ved sygeplejerske og/eller diætist) med fastlagte emner (f.eks. rygning, motion, stress, for højt blodtryk, kost).

Sygeplejersken er også med ved den fysiske træning.

Pårørende tilbydes deltagelse i teoriundervisningen, samt ved aftenundervisningen ved læge 1 gang i forløbet.

Der afholdes tværfaglige møder 2 timer 1 gang månedligt med tilstedeværelse af 1 fysioterapeut samt sygeplejerske, læge, diætist og sekretær.

Fysioterapeuten har 3 dages kursus i fysisk træning til hjertepatienter i Danske Fysioterapeuters regi.

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

## **2 g. Rygestopvejledning**

### **Tekst fra Sygehus Sønderjylland**

[www.VisInfoSyd.dk](http://www.VisInfoSyd.dk)

## **Sønderborg Kommune**

### **3. Beskrivelse af patientrettede forebyggelsestilbud**

#### **3a. KOL-rehabilitering**

##### Målgruppe

- Borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom(KOL), i moderat til svær grad. Dvs. borgere med FEV1 <80 % og FEV1 >30 %.

##### Indsats

- Den enkelte borger vurderes ved konsulent senest 10 dage efter henvisning fra egen læge eller sygehus mhp. stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger.
- Rehabiliteringsindsatsen vil primært finde sted i dagtimerne
- Der tilbydes gruppebaseret (hold a 12 personer) KOL-rehabilitering af 12 ugers varighed indeholdende træning og patientuddannelse. Træningen fortsætter som vedligeholdende træning i 9 mdr. efter endt forløb. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed mhp. afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning 3, 6 og 12 mdr. efter endt forløb.
- Rygestopvejledning, gruppebaseret.

- Individuelle samtaler efter behov (kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale).

### **3b. Diabetesrehabilitering**

#### Målgruppe

- Borgere med type 2 diabetes. Herunder type 2 diabetes uden tegn til senkomplikationer samt type 2 diabetes med velbehandlet hypertension, velbehandlet dyslipidæmi, mild og stabil neuropati eller retinopati.
- Borgere med type 1 diabetes samt borgere med dysreguleret type 2 diabetes henvises til sygehusets diabetesambulatorium.

#### Indsats

- Den enkelte borger vurderes ved konsulent senest 10 dage efter henvisning fra egen læge eller sygehus m.h.p. stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger.
- Det nedenfor skitserede diabetesforløb er det absolut maksimale tænkelige, tilbuddet må tilrettelægges, så det optimeres den enkeltes borgers situation og behov.
- Indsatsen vil kunne foregå i såvel dag – som aftentimerne
- Der tilbydes gruppebaseret (hold à 12 personer) diabetesrehabilitering af 12 ugers varighed indeholdende træning og patientuddannelse. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed m.h.p. afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning 3, 6 og 12 mdr. efter endt forløb. Fremmøde 3 x ugentligt med 3 træningsgange og 1 undervisningsgang/uge. Se venligst vedhæftede forslag til diabetesrehabilitering.
- Rygestopvejledning, gruppebaseret.
- Praktisk madlavning, gruppebaseret.
- Individuelle samtaler efter behov (kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale)

### **3.c Hjerterehabilitering**

#### Målgruppe

- Borgere med åreforkalkningsbetinget hjertesygdom og hjerteinsufficiens i stabil fase. NYHA klasse I-II eller III med EF på >35 %. Under hjerteinsufficiens medtages både ikke akutte patienter med åreforkalkningsbetinget hjertesygdom, patienter med uregelmæssig hjerterytme og hjertesvigtspatienter.
- Ikke stabile og meget hjertesyge (NYHA klasse 4) behandles på sygehuset.
- Patienter der har behov for opfølgning efter Sygehus Sønderjyllands tilbud er gennemført.

#### Indsats

- Den enkelte borger vurderes ved konsulent senest 10 dage efter henvisning fra egen læge eller sygehus m.h.p. stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger.
- Rehabiliteringsindsatsen vil primært finde sted i dagtimerne.
- Der tilbydes gruppebaseret (hold a 12 personer) hjerterehabilitering af 8 ugers varighed indeholdende træning og patientuddannelse. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed m.h.p.

afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning 3, 6 og 12 mdr. efter endt forløb. Se venligst vedhæftede forslag til hjerterehabilitering.

- Rygestopvejledning, gruppebaseret.
- Praktisk madlavning, gruppebaseret.
- Individuelle samtaler efter behov (kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale).

### **3d. Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom**

#### Målgruppe

- Alle borgere med kronisk (langvarig) sygdom. En tilstand, hvor man oplever besværligheder i hverdagen. Man har følelsen af at være gået i stå, er trist og har svært ved at få struktur på hverdagen, så man ikke i samme omfang som tidligere kan udføre daglige gøremål, vedligeholde sociale kontakter eller være aktiv på arbejdsmarkedet.  
En tilstand som betyder nedsat selvværd og livskvalitet.
- Det skal vurderes om uddannelse kan tilbydes til borgere med kognitive vanskeligheder, da indholdet kræver aktiv stillingtagen fra deltagerne.

#### Indsats

- Programmet Patientuddannelse – *lær at leve med en kronisk sygdom* udbydes 4 gange årligt. Deltagelse tilbydes på baggrund af en individuel samtale mellem deltager og koordinator for uddannelsen.
- Uddannelsen foregår i hold med 12- 16 deltagere.
- Uddannelsen er tidsbegrænset og varigheden er 2½ time ugentlig over 6 uger.

### **3e. Livsstilshold**

#### Målgruppe

- Borgere med risiko for at få livsstilssygdomme, f.eks. borgere med insulinresistens, forhøjet blodtryk, åreforkalkning, overvægtige med BMI > 30.
- Sygedagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere ud fra et socialt og psykisk behov.
- Kommunalt ansatte truet af arbejdsbetinget nedslidning.

#### Indsats

- Den enkelte borger vurderes ved konsulent senest 10 dage efter henvisning m.h.p. stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger.
- Indsatsen vil kunne foregå i såvel dag – som aften timerne
- Der tilbydes gruppebaserede (hold à 12 personer) forløb af 7 ugers varighed indeholdende træning og undervisning. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed m.h.p. afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning hver 4. uge i 4-5 mdr., sidste opfølgning 12 mdr. efter opstart. Se venligst vedhæftede forslag.
- Rygestopvejledning, gruppebaseret.
- Praktisk madlavning, gruppebaseret.
- Individuelle samtaler efter behov (f.eks. kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale)

Koordinering og samarbejde med andre relevante fagpersoner, f.eks. socialrådgiver.

#### **4. Projekt Faldforebyggelse**

Sygehus Sønderjylland og Sønderborg Kommune indgår 2008-2009 samarbejde vedr. projekt "Faldforebyggelse".

#### **5. Samarbejde om kommunalt team vedr. Almindelig Daglig Livsstil (ADL-team)**

Sønderborg kommune og Sygehus Sønderjylland indgår i 2008-2009 et samarbejde om et kommunalt ADL-team. De nærmere vilkår for samarbejdet aftales i bilaterale møder mellem Sygehusdirektionen og Sønderborg Kommune.

##### Målgruppe for indsatsen

Målgruppen udgøres af borgere i Sønderborg kommune, der efter sygdom og indlæggelse har behov for intensiv genoptræning i hjemmet, med det formål at opnå færdigheder, så de kan klare sig selv i hverdagen med mindst mulig hjælp fra kommunen.

Der vil oftest være tale om borgere der har lidt et stort funktionstab som følge af neurologiske lidelser (ex. Apoplexi, hjernetraumer, sclerose) og hvor der efter endt specialiseret genoptræning på sygehuset, vurderes at være et fortsat genoptræningspotentiale når borgeren udskrives til eget hjem. Der kan være tale om borgere med både fysiske, psykiske og mentalt/kognitive funktionsnedsættelser.

#### **6. Sundhedskloven Mille**

Sønderborg Kommune har indgået samarbejde med sundhedskloven Mille. Sundhedskloven er ansat 4 timer pr. uge i Fagcenter Sundhed i Sønderborg Kommune. Børneafdelingen ved Sygehus Sønderjylland har mulighed for at disponere over Sundhedskloven i det tidsrum.

## Krav 2: Sammenhæng mellem tilbud

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

### 1. Sammenhæng mellem tilbud

Parterne har ansvaret for hver især for at beskrive deres tilbud. Tilbudene koordineres på tværs af sektorer således, at der er sammenhæng i tilbudene, men ikke overlap. Derved sikres at ressourcer og kompetencer udnyttes bedst muligt, og der skabes den bedst mulige sammenhæng på tværs af sektorerne.

Ved oprettelse af nye tilbud koordineres tilbudene mellem parterne, således at ressourcerne udnyttes bedst muligt. Viden omkring evidens og øvrige erfaringer mv. deles af parterne på tværs.

Udover drøftelserne i det lokale samordningsforum afholdes der koordinerende møder mellem de relevante parter i kommunen, de relevante parter fra Sygehus Sønderjylland og de relevante parter i Region Syddanmark omkring de enkelte tilbud.

Kapaciteten af tilbudene drøftes løbende. I de tilfælde hvor tilbudene ligger i forlængelse af hinanden orienterer sygehuset kommunen omk antallet af borgere i tilbudene. I de tilfælde hvor kommunen modtager henvisninger fra alment praktiserende læger og sygehuslæger sker der en løbende dialog mellem parterne i forhold til tilpasning af kapacitet.

Kommunen udarbejder beskrivelser af tilbudene som indeholder målgruppe, inklusionskriterier mv. som lægges på [www.VisinfoSyd.dk](http://www.VisinfoSyd.dk) for de sundhedsprofessionelle. Endvidere afholdes informationsmøder og udarbejdes pjecer til brug for de sundhedsprofessionelle. Til brug for borgerne udarbejdes pjecer som både er tilgængelige via hjemmesider samt i papirform. På hjemmesiderne vil pjecerne være i en form der kan printes.

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

#### Krav 4: Koordination

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

### Krav 5: Formidling

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

## Krav 6: Opfølgning Hvordan parterne følger op på aftalen.

### 1. Aftale om opfølgning

Der lægges stor vægt på, at den kommende systematisering af kvalitet via Den Danske Kvalitetsmodel skal levere parametrene til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eftersom der for en stor dels vedkommende bliver tale om forskellige kvalitetsstandarder for sygehuse og kommuner, og fordi man ikke akkrediterer sygehuse og kommuner i samme takt, skal der identificeres og aftales øvrige parametre til opfølgning på sundhedsaftalerne. Eksempelvis kan faste aftaler om tidsfrister mm. bidrage til at gøre sundhedsaftalerne "målbare" i opfølgningmæssig henseende. Det samme kan opfølgning via måling/ formidling af overholdelse af sygehusenes servicemål.

Det lokale samordningsforums rolle i forhold til opfølgning:

- Udspecificere og sikre drøftelse/ overholdelse af samtlige monitoreringsmæssige foranstaltninger, der aftales i forbindelse med kravet om opfølgning på de enkelte krav i sundhedsaftalen vedr. udskrivning samt yderligere initiativer der igangsættes.

Der udarbejdes en komplet liste over de planlægningsopgaver og aftalte initiativer som det lokale samordningsforum skal håndtere. Disse indarbejdes i en standarddagsorden for det lokale samordningsforum.

**Aftalepunkter vedr. indsatsen for mennesker  
med sindslidelser**

## Krav nr. 1 Arbejdsdeling

Aftalen skal beskrive 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).

### Hovedfunktionsniveau

#### **1. Iværksættelse af samarbejdsaftaler på målgruppespecifikke områder**

Der vil i sundhedsaftaleperioden 2008-2010 i et samarbejde mellem regionen og kommunerne blive udarbejdet fælles regionale samarbejdsaftaler på fire målgruppeområder; børne- og ungdomspsykiatri, gerontopsykiatri, oligofrenipsykiatri samt området for traumatiserede flygtninge. Det er hensigten at lave aftaler for samarbejdet på tværs af sektorer og kommuner med det formål at så meget som muligt vil være ens for alle borgere og samarbejdspartnere i regionen, men også således, at der vil være rum for tilhørende lokale aftaler, der i sagens natur tager højde for særlige lokale forhold eller behov. Regionen tager initiativ til igangsættelse af aftalerne.

### Kommuneniveau

#### **2. Samarbejdsaftale vedr. behandling af borgere med sindslidelser og misbrug gældende for Sønderborg Kommuner og Region Syddanmark**

Aftalen er under udarbejdelse.

#### **3. Aftale om børn og unge under 18 år med misbrug**

Der vil i et samarbejde mellem Sønderborg Kommune og Region Syddanmark i 2008-2009 pågå et arbejde omkring udarbejdelse af aftale for samarbejdet omkring børn og unge under 18 år med misbrug. Sønderborg Kommune tager initiativ.

#### **4. Specifik samarbejdsaftale mellem Gerontopsykiatrisk afdeling, Augustenborg Sygehus og Augustenborg Kommune (nu Sønderborg Kommune)**

Gerontopsykiatrisk afdeling udreder og diagnosticerer efter henvisning fra praktiserende læge:

- borgere 65+ årige vedr. demenssygdomme
- borgere 70+ årige med nyopståede psykiske lidelser
- samt alle 85+ årige.

og fremsætter behandlingsforslag via praktiserende læge.

#### **5. Specifik samarbejdsaftale mellem Almenpsykiatrisk afdeling, Augustenborg Sygehus, distriktspsykiatrisk center i Augustenborg-området og Sønderborg Kommune**

Aftalen omhandler arbejdsdelingen mellem kommunen og almen psykiatrisk afdeling ved indlæggelse, under indlæggelse og ved udskrivelse af patienter samt for arbejdsdelingen mellem distriktspsykiatrisk center og kommunen for patienter indskrevne på centeret.

Ved indlæggelse involveres kontaktpersonen på senge/dagafsnittet så tidligt som muligt og med borgens samtykke de kommunale myndigheder, herunder det kommunale socialpsykiatriske personale. Under indlæggelsen, når patienten er ved at komme sig og der kan peges på specifikke behov og patientens samtykke foreligger, har kontaktpersonen på senge/dagafsnittet ansvaret for at inddrage kommunale myndigheder/socialpsykiatrien i samarbejdet. Ved udskrivelse er det kontaktpersonen på senge/dagafsnittet, der er ansvarlig for at der indkaldes til udskrivningssamtale. Distriktspsykiatrisk sygeplejerske besøger efter behov kommunens psykiatriske bo- og støttetilbud.

## Krav nr. 2 Koordinering

Aftalen skal beskrive, 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.

### Hovedfunktionsniveau

#### **1. Mødeforum vedr. børn og unge**

Der er aftalt at holde 3-4 årlige møder mellem børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i Augustenborg og Haderslev, Sønderborg, Aabenraa og Tønder Kommuner. Møderne omhandler den overordnede koordinering af indsatsen over for den fælles målgruppe, ligesom opståede problemstillinger i arbejdet med den fælles målgruppe drøftes.

### Kommuneniveau

#### **2. Samarbejdsaftale vedr. behandling af sindslidende med samtidig misbrug mellem Sønderborg Kommune og Region Syddanmark**

Aftalen er under udarbejdelse.

#### **3. Specifik samarbejdsaftale mellem Gerontopsykiatrisk afdeling, Augustenborg Sygehus og Augustenborg Kommune (nu Sønderborg Kommune)**

Aftalen beskriver hvordan der samarbejdes ved indlæggelse, under indlæggelse og i forbindelse med udskrivning af patienten. Under indlæggelse arrangerer gerontopsykiatrisk afdeling, såfremt patienten giver sin accept til det, et planlægningsmøde/udskrivningskonference. Ved mødet drøftes patientens behov for behandling samt en foreløbig vurdering af behovet for hjælp ved udskrivelsen. Der udarbejdes en handlingsplan for plejen og behandlingen i det fremtidige samarbejde med patienten for at forebygge genindlæggelse. Det er kontaktpersonen på sengeafsnittet der er ansvarlig for at visitator og evt. kontaktpersonen indkaldes til udskrivningssamtalen.

### Krav nr. 3 Information

Aftalen skal beskrive, 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 let tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.

#### Kommuneniveau

#### **1. Samarbejdsaftale vedr. behandling af sindslidende med samtidig misbrug mellem Sønderborg Kommuner og Region Syddanmark**

Aftalen er under udarbejdelse.

#### **2. Specifik samarbejdsaftale mellem Gerontopsykiatrisk afdeling, Augustenborg Sygehus og Augustenborg Kommune (nu Sønderborg Kommune)**

Der er gensidig informationspligt ved udskrivningsmøderne og der afholdes to årlige møder.

#### **3. Specifik samarbejdsaftale mellem Almenpsykiatrisk afdeling, Augustenborg Sygehus, distriktspsykiatrisk center i Augustenborg-området og Sønderborg Kommune**

Aftalen omhandler gensidige informationsforpligtelser mellem kommunen og almen psykiatrisk afdeling ved indlæggelse, under indlæggelse og ved udskrivning af patienter samt for informationsudveksling mellem distriktspsykiatrisk center og kommunen for patienter indskrevne på centeret. Ved indlæggelse bidrager socialpsykiatriens støtte- og kontaktpersoner, med borgerens samtykke, med hændelsesforløb op til indlæggelsen.

#### **4. Samarbejdsaftale mellem Sønderborg Kommune og almenpsykiatrisk afdeling, Augustenborg**

Aftalen omhandler informationen mellem kommunen og almen psykiatrisk afdeling under indlæggelse, ved udskrivelse og om indskrevne i distriktspsykiatrisk center. Under indlæggelsen vedligeholder socialpsykiatriske medarbejdere kontakten, og de oplyser, med samtykke fra patienten, deres vurdering af baggrunden for indlæggelsen. Almenpsykiatrisk afdeling informerer socialpsykiatrien ved væsentlige ændringer i patientforløbet og når en patient forlader afdelingen i utide. Ved planlagt udskrivning gives besked til kommunens medarbejdere minimum en uge før. Ved udskrivning af patienter, som ikke er tilknyttet socialpsykiatrien, men som ønsker kontakt, skal der ske skriftlig henvendelse til kommunens Specialrådgivning. Ved ikke planlagte udskrivninger kan kommunens konsulenter i fagcentret kontaktes, hvis der vurderes at være behov herfor. Det er konsulenterne, der vurderer, om der skal sendes en akutmedarbejder ud. Ellers visiterer afdelingen på kommunens vegne. Ved indskrevne patienter i distriktspsykiatrisk center kan socialpsykiatrisk medarbejder ved samtykke fra patienten deltage ved ambulante samtaler og behandlingsmøder. Socialpsykiatrien forventer, ved samtykke fra patienten, at blive informeret om ændringer i behandlingen.

#### Krav nr. 4 Tværsektoriel vurdering

Aftalen skal beskrive, 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.

Det vurderes, at Sønderborg Kommune og Region Syddanmark er dækket ind i forhold til grundaftalens beskrivelse inkl. bilag af tværsektoriel vurdering.

## Krav nr. 5 Indsatsen for børn i familie med et menneske med en sindslidelse

Aftalen skal beskrive, 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.

### Hovedfunktionsniveau

#### **1. Børn i familier med en sindslidende**

Region Syddanmark og en række af regionens kommuner ønsker i fællesskab at styrke samarbejdet og kompetencerne på området for børn i familie med et menneske med en sindslidelse. Dette skal ske via fælles udviklingsprojekter, videns- og erfaringsudveksling. Der vil i fællesskab blive afsøgt muligheder for at søge finansiering til projektet via puljemidler.

## Krav nr. 6 Koordinering af kapacitet

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne sikrer planlægning og styring af kapaciteten i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser.

### Hovedfunktionsniveau

#### **1. Udveksling af information og viden om tendenser inden for børn og ungeområdet**

Sønderborg Kommune ønsker sammen med Haderslev, Aabenraa og Tønder Kommuner at indgå i en vidensdeling med børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling omkring tendenser inden for børn og unge området. Region Syddanmark initierer afdækning af eventuelle elektroniske platforme til denne vidensudveksling, ligesom udveksling af information af denne art dagsordenssættes på de regelmæssige møder mellem de fire kommuner og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i Augustenborg.

## Krav nr. 7 Opfølgning

Aftalen skal beskrive, hvordan parterne følger op på aftalen.

### Hovedfunktionsniveau

#### **1. Samordningsforum Sønderjylland**

Der afholdes 1 årligt møde i psykiatrisk regi og 1 årligt møde sammen med somatikken.

Formålet med mødet er at drøfte emner af relevans for alle kommunerne i optageområdet, samt lave en generel opfølgning på sundhedsaftalen og samarbejdet mellem sygehusledelsen og kommunerne. Mødet kan kombineres med et fagligt arrangement om et aktuelt emne.

For regionen deltager sygehusledelsen og relevante psykiatriske afdelingsledelser. For kommunerne i optageområdet deltager ledelsesrepræsentanter med snitflader til psykiatrien. Sygehusledelsen indkalder til mødet; dagsordenen udarbejdes i et samarbejde mellem sygehusledelsen og repræsentanter for kommunerne i optageområdet.

Det enkelte forum skal bl.a.

- Sikre gensidig og tidlig information om nye tilbud, driftsændringer mv.
- Koordinere kapacitet i henholdsvis sygehus- og kommunalt regi
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver
- Følge op på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Behandle fortolkningsspørgsmål

Eksempler på, hvad der endvidere kan drøftes:

- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet
- Udveksling af information om ændringer i kapacitet, evt. som følge af rammeaftalen.
- Udveksling af informationer om aktivitetsmønsteret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Opfølgning på om der er u hensigtsmæssige forløb, der resulterer i gentagne indlæggelser.

### Kommuneniveau

Der afholdes årligt to møder på hvert af følgende målgruppeområder:

- Almenpsykiatri
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Gerontopsykiatri

Deltagere på møderne vil være den relevante psykiatriske afdelingsledelse og relevante kommunale ledere i et nærmere aftalt omfang

På møderne skal det drøftes, hvordan det går med samarbejdet – bliver der gjort det, der er aftalt hos hver især. Opleves der problemer omkring kommunikation, patientforløb m.m.? Hvordan sikres det gode patientforløb? Er der eksempler på typer af forløb, hvor der er behov for at drøfte samarbejdet?

Eksempler på, hvad der kan drøftes:

- Drøftelse af status og eventuelle problemstillinger i det generelle samarbejde.
- Drøftelse af snitflader i forhold til misbrugsbehandlingen
- Drøftelse af snitflader mellem behandlings- og socialpsykiatri
- Opfølgning på genindlæggelser
- Økonomiske konsekvenser af aftalen og ændringer i tilbud
- Vidensdeling
  - herunder sikring af faglig og praktisk vidensudveksling og gensidig feed-back.

- Indgåelse af fælles udviklingsprojekter
- Følge op på lokale tværsektorielle projekter og samarbejder
- Nedsætte ad hoc-grupper til udførelse af lokale fælles planlægningsopgaver
- Aftale om klageadgang.
- Overvågning og tilpasning af såvel kvantitativ som kvalitativ kapacitet
- Behandle og følge op på resultater af kvalitetsmonitorering af samarbejdet.
- Udveksling af nærmere informationer om aktivitetsmønstret på henholdsvis psykiatrisk afdeling og i kommunalt regi, f.eks. ændringer i patientstrømme og sammensætning mv.
- Følge op på den lokale udrulning af elektronisk kommunikation
- Behandle fortolkningsspørgsmål