

Pjece om Sundhedsaftalen i Region Sjælland

- Psykiatrisk forløb

Region Sjælland og de 17 kommuner har i fællesskab udarbejdet en pjece med et sammendrag af sundhedsaftalen for indsatsområdet "Mennesker med sindslidelser". Pjecen giver sundhedsmedarbejdere - hvad enten de er ansat på et sygehus, i kommunen eller praksissektoren - et overblik over arbejdsdelingen i patientforløb og praktisk information om, hvordan samarbejdet skal foregå. Der er endvidere udarbejdet en pjece på indsatsområderne træning samt udskrivninger og indlæggelser i somatikken. Pjecen såvel som sundhedsaftalerne vil løbende blive revideret.

Region Sjælland og de 17 kommuner har i 2007 indgået politisk bindende sundhedsaftaler, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Der er indgået aftaler på de seks obligatoriske områder ifølge Sundhedsloven: Udskrivning, indlæggelse, træning, hjælpemidler, forebyggelse og sindslidende.

Formålet med sundhedsaftalen er at sikre sammenhæng i patientforløbet mellem sygehus, almen praksis og kommune, så ingen patient "falder mellem to stole". Gode indlæggelses- og udskrivningsforløb afhænger af den gode dialog og en klar arbejdsdeling mellem praktiserende læge eller vagtlæge, sygehuset og kommunen gennem hele indlæggelses- og udskrivningsforløbet.

Sundhedsaftalen på hjælpemiddelområdet er ikke vedtaget endnu, derfor gælder "Sikker drift" indtil ny aftale er indgået og meldt ud. "Sikker drift" på hjælpemiddelområdet betyder, at de såkaldte hjælpemidler til midlertidigt brug er et sygehusansvar.

Denne pjece skal give dig som medarbejder et overblik over arbejdsdelingen mellem kommuner og region på sundhedsområdet for mennesker med sindslidelser, hvis situation er kompliceret af andre problemstillinger som:
Misbrug, hjemløshed, ensomhed/isolation, lav selvfølelse, udviklingshæmning, demens gerontopsykiatri mv.

En klar arbejdsdeling skal bidrage til at sikre kvalitet og sammenhæng i indsatsen for denne gruppe af patienter, der både har behov for et regionalt tilbud (psykiatrisk behandlingstilbud, tilbud fra praksissektoren), og behov for kommunale tilbud (sundhedsfaglige tilbud, socialfaglige tilbud, beskæftigelses- og undervisningsmæssige tilbud, botilbud samt fritidstilbud mv.)

Det er vigtigt at følge indholdet i sundhedsaftalerne for at sikre sammenhæng i behandlingsforløbet for den enkelte borger. Derfor vil der også løbende blive fulgt op på samarbejdet. Det vil blandt andet ske i etablerede samarbejdsfora mellem Regionens sygehuse, kommuner og repræsentanter for almen praksis i området.

Sundhedspersoner på sygehuse og i almen praksis kan finde oplysninger om kommunernes kontaktsted for sundhedsfremme og forebyggelse på regionsjaelland.dk - Sundhed - Fagfolk - Kommunale kontaktsteder. Her oplyses om, hvilke tilbud kommunerne har indenfor kost, rygestop, alkohol, motion m.m. samt evt. patientuddannelsen "Lær at leve med kronisk sygdom". Samme sted findes kommunernes kontaktsted for alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Sundhedspersoner i kommuner kan ved kontakt til de enkelte sygehuse få oplysninger om evt. patientskoler.

Ansvarsdeling

For at sikre mennesker med sindslidelser et godt behandlingsforløb på tværs af sektorer i er den konkrete "ansvarsdeling" mellem region, almen praksis og kommuner skitseret nedenfor.

Det skal Regionen:

- Sikre og udføre opgaver vedrørende udredning, diagnosticering og behandling i distriktpsychiatrien, under indlæggelse i psykiatrisk dag- og døgnafdeling, hos praktiserende psykiater eller hos praktiserende læge.
- Varetage patientrettet forebyggelse, undervisning af patienter og pårørende, psykiatrisk rehabilitering af traumatiserede flygtninge, hospitalets faglige samarbejde med praktiserende læger og speciallæger i psykiatri, samt den indsats der ydes i praksissektoren.

Det skal kommunen:

- Visitere til, sikre og udføre behandling i forhold til misbrugsproblematikker.
- Sikre og udføre opgaver vedrørende etablering, drift og udvikling af sociale støtteordninger, bo-, aktivitets- og træningstilbud, beskæftigelse, uddannelse, netværksdannelse o. lign., i henhold til gældende lovgivning for området.
- Være ansvarlig for det forebyggende arbejde

Det skal den praktiserende læge

- Spille en gennemgående rolle i behandlingsforløbet over for patienten/borgeren

Særligt om ansvarsdeling i forhold til patienter med dobbeltdiagnoser

Dobeltdiagnose-patienter defineres som patienter med psykisk lidelse på psykosniveau, som samtidig har et misbrug af enten alkohol, hash eller andre euforiserende stoffer. Sindslidelsen skal være af en vis varighed, således at personer med akut udløste psykoser, som følge af misbrug, ikke falder ind under denne diagnosegruppe.

Se endvidere [http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/fagfolk/sundhedsaftaler/indsatsen for mennesker med sindslidelser](http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/fagfolk/sundhedsaftaler/indsatsen%20for%20mennesker%20med%20sindslidelser).

I forhold til denne gruppe patienter er ansvarsdelingen således:

Det skal regionen

- Varetage den samlede behandling mod misbruget sammen med den pågående psykiatriske behandling, indtil patienten er psykiatrisk velbehandlet.

Det skal kommunen

- Sikre og udføre behandling i forhold til misbrugsproblematikker efter, at patienten er psykiatrisk velbehandlet.

Særligt om indsatsen overfor Børn og unge

Forebyggelse

For denne gruppe beskriver sundhedsaftalen en række tiltag af forebyggende karakter, som

kommunen har ansvaret for:

- At foretage en undersøgelse af familiens forhold, hvis der indkommer oplysninger, der peger i retning af, at der er behov for støtte.

- At iværksætte en foranstaltning over for barnet/den unge, hvis det skønnes nødvendigt
- At opfylde initiativpligt i forhold til at iværksætte indsatsen over for børnene
- At tilbyde specialundervisning og specialpædagogisk bistand i henhold til Folkeskoleloven

Udredning:

Børn og unge kan henvises til behandling i det regionale psykiatriske tilbud af kommunen, egen læge og privatpraktiserende speciallæge. Hvis udredningen af barnets/den unges diagnose overgår til privat regi eller en anden offentlig instans end den, der var henvist til, er ansvarsdelingen sådan at:

Regionen skal:

- Oplyse henviseren om, at patienten er overgået til udredning i andet regi. Ved valg af udredning i andet regi sker der ikke automatisk en orientering til henviseren

Henviseren (kommunen, praktiserende læge, speciallæge) skal:

- Sikre opfølgning i forhold til barnet/den unge.

Kommunikation og kontaktpersoner

Kommunikation mellem sygehus og kommune foregår som udgangspunkt via patientens kontaktperson på sygehuset og via patientens/borgeres kommunale kontaktperson.

Sygehuset skal:

- Udpege en eller flere kontaktpersoner, som er ansvarlig for kommunikationen mellem patienter, pårørende og kommunen.
- Informere patienten om, hvem kontaktpersonerne er, samt hvordan vedkommende kommer i kontakt med disse. Oplysningerne skal noteres i patientens journal eller behandlingsplan.

Kommunen skal:

- Udpege en fast kontaktperson. Hvis patienten ikke er kendt af det kommunale system er den kommunale visitator ansvarlig for at videreformidle kontakten til den rette.
- Patienter med komplekse problemstillinger, der modtager kommunale ydelser fra forskellige forvaltninger, skal have udpeget en kommunal tovholder med koordinationsansvar. Tovholderen skal sikre én vej ind i kommunen og samtidig opretholde et godt overblik over borgerens sagsakter.
- I sager, hvor det er relevant inddrages demenskoordinator.

I Sundhedsloven af 24. juni 2005 står der om at videregive oplysninger:

§ 41. Med patientens samtykke kan sundheds-personer videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten.

Stk. 2. Videregivelse af de i stk. 1 nævnte oplysninger kan uden patientens samtykke ske, når

- 1) det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten og videregivelse sker under hensyntagen til patientens interesse og behov,
- 2) videregivelse omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet til patientens alment praktiserende læge,
- 3) videregivelse er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre eller
- 4) videregivelse sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som vikar for denne.

Stk. 3. Patienten kan frabede sig, at oplysningerne efter stk. 2, nr. 1 og 2, videregives

Træffetider

Sygehuset træffes i almindelig dagarbejdstid mellem kl. 8-15.

Den kommunale visitationsenhed træffes alle hverdage mellem kl. 8-15 samt via kommunens visitationsenheds officielle e-mail adresse eller fax nummer.

E-mail adresser, faxnumre og telefonnumre findes på
regionsjaelland.dk - Sundhed - Fagfolk - Kommunale kontaktsteder

Koordination og samspil

Koordination og samspil i relation til den enkelte patient sikres gennem handle- og behandlingsplaner, koordinationsplaner og udskrivningsaftaler, der anvendes på forskellige tidspunkter i et handle-/behandlingsforløb. De enkelte aftaleformer er uddybet i faktaboksen nedenfor.

Behandlingsplaner

Der skal ved indlæggelse i det psykiatriske behandlingssystem udarbejdes en skriftlig behandlingsplan. Behandlingsplanen beskriver formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigten til en bedring af helbredstilstanden.

Der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling. Patienten skal vejledes om planens indhold, samt give samtykke til dens gennemførelse. En kopi af behandlingsplanen skal udleveres til patienten, medmindre denne frabeder sig dette (Psykiatrilovens § 3, stk.3).

Udskrivningsaftaler

For patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten i forbindelse med og efter udskrivningen (Psykiatrilovens § 13A).

Koordinationsplaner

Hvis en patient ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersonale m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten, som man ud fra et fælles fagligt skøn finder nødvendigt for patienten.

Handleplaner

Kommunen skal tilbyde at udarbejde en social handleplan for den enkelte borger, med henblik på kortlægning af fremtidige ønsker og behov. Handleplanen medfører ikke en bevilling, men kan danne grundlag for senere beslutninger om bevillinger inden for servicelovens rammer. (servicelovens § 123)

Se endvidere www.regionsjaelland.dk/sundhed/fagfolk/sundhedsaftaler/uddrag fra appendix I og II

Ved Indlæggelse/behandling

Det skal sygehuset:

- Hvis patienten er kendt af kommunen: Indhente patientes samtykke til sende et indlæggelsesadvis til kommunen med bl.a. patientens navn og cpr.nr. Indlæggelsesadvis sendes enten elektronisk eller via fax
- Hvis patienten **ikke** er kendt af kommunen eller **ikke** kan give oplysninger om, hvem der er dennes kommunale kontaktperson, så sker kommunikationen til kommunen via den kommunale visitationsenhed.
- Undersøge, om patienten har børn i hjemmet. Det skal noteres i journalen, om der er børn i hjemmet. Såfremt det skønnes, at der er børn i hjemmet, der har særlige behov, har personalet på afdelingen pligt til at underrette kommunen og notere i journalen, at underretningen er sket.

Det skal kommunen:

- Hurtigst muligt videregive relevante og tilgængelige oplysninger om sygdomsrelevante ydelser, som patienten modtager. Oplysningerne gives til patientens kontaktperson på sygehuset.
- Ved akut behov for kontakt til sygehuset, hvor kontaktperson ikke er kendt, sker henvendelse til den psykiatriske skadestue eller psykiatrisk vagthavende læge.

Under indlæggelse/behandling

Det skal sygehuset:

- Såfremt sygehuset kan se, at der formentlig vil ske en ændring i behovet for kommunale ydelser, aftales hurtigt efter indlæggelse en **planlægningskonference** mellem relevante repræsentanter fra sygehus, primær sektor, patienten og eventuelle pårørende. Formålet med planlægningskonferencen er at indlede en dialog mellem patient, sygehus og kommune på et tidligt tidspunkt. (Om forløb af planlægningskonference se faktaboks sidst i afsnittet)
- Sygehuset varetager koordineringen i forhold til konferencen. Kommunen skal inddrages senest 5 hverdage før afholdelse af konferencen.

Særligt for dobbeltdiagnosepatienter (se indledning for definition):

- Tilbyde udarbejdelse af **handle-behandlingsplan** (se faktaboks i afsnittet "Koordination og Samspil")
- Udpege kontaktperson, der indgår i samarbejdet med udarbejdelse af handle-behandlingsplan med kommunen og praktiserende læge.
- Varetage den samlede behandling mod misbruget sammen med den pågående psykiatriske behandling, indtil patienten er psykiatrisk velbehandlet. En efterfølgende behandling mod misbruget foregår i kommunalt regi.

Det skal kommunen:

- Udpege kontaktperson, der indgår i samarbejdet med udarbejdelse af handle-behandlingsplan med kommunen og praktiserende læge.
- Tilbyde udarbejdelse af handle-behandlingsplan og varetage behandling mod misbruget, når patienten i øvrigt er psykiatrisk velbehandlet .

Det skal praktiserende læge:

- Deltage ved udarbejdelse af handle-behandlingsplan

Forløbet af planlægningskonferencen

- Ved behov afholdes et kort formøde uden patient og pårørende, hvor der drøftes, hvilke muligheder og løsninger, der kan tilbydes patienten
- Sygehuspersonalet resumerer patientens helbredssituation, undersøgelses- og behandlingsforløb samt funktionsevne og den fremadrettede behandlings- og genoptræningsplan
- Patient og pårørende fremlægger problemer, behov og ønsker. Kommunens visitator orienterer om den hjælp, som borgeren kan tilbydes i eget hjem samt om de øvrige behandlings-, pleje- og omsorgstilbud, der kan bevilges
- Den fremtidige indsats afklares, og der indgås aftale herom.

Ved udskrivning:

Der skelnes mellem ukomplicerede, komplicerede og uvarslede udskrivning.

Ukompliceret udskrivning: Er udskrivning til eget hjem eller botilbud, hvor patienten udskrives til den samme hjælp/ydelser som før indlæggelsen eller med få mindre justeringer.

Kompliceret udskrivning: Er udskrivning til eget hjem eller botilbud, hvor behandlingspsykiatrien skønner, der er behov for større ændringer i den hjælp/de ydelser, som patienten har behov for efter udskrivningen.

Uvarslet udskrivning: Ved en uvarslet udskrivning forstås en udskrivning af en patient/en borger, hvor patienten/borgeren forlader sygehuset uden varsel, eller hvor sygehusets personale ikke anbefaler udskrivning, og patienten alligevel tager hjem

Ukomplicerede udskrivninger

Det skal sygehuset:

- Etablere telefonisk konference mellem den kommunale kontaktperson og kontaktpersonen på sygehuset
- Skriftligt informere kommunen om, hvilken medicin patienten skal have og om der er planlagt ambulante behandling.
- Medgive patienten udskrift af medicinstatus og evt. recept og medicin, så der ikke opstår slip i behandlingen.
- Inden for fem hverdage orientere egen læge om indlæggelsesforløb, behandling og medicin
- Skriftligt oplyse navn, telefonnummer og træffetider på den tovholder patienten kan kontakte i kommunen

Der må under sygehusopholdet ikke skabes forventninger hos patienten eller dennes pårørende om konkrete kommunale tilbud, som patienten rent faktisk ikke er blevet visiteret til, idet det er kommunen, der alene har kompetencen til at afgøre, hvilke foranstaltninger, der skal tilbydes patienten efter udskrivningen.

Komplicerede udskrivninger:

Det skal sygehuset:

- Når patienten er ved at være klar til udskrivning, tilbydes afholdelse af en udskrivningskonference senest 3 hverdage før forventet udskrivning. Kommunen inddrages i planlægning senest 5 hverdage før afholdelse af konferencen, altså senest 8 hverdage før forventet udskrivning.
- Kan kommunen ikke deltage indenfor de nævnte 5 hverdage før, kan sygehuset **færdigmelde patienten** til den dato, som er anført som forventet udskrivningsdato - altså på 9. dagen – medmindre andet aftales. (se faktaboks nedenfor for definition af "færdigbehandlet patient")
- I de tilfælde, hvor patienten nægter at medvirke til at udarbejde en **udskrivningsaftale**, og det af overlægen skønnes nødvendigt, skal den behandlingsansvarlige overlæge udarbejde en **koordinationsplan**. Det skal noteres i journalen, at dette skøn er foretaget. (se i øvrigt faktaboks i afsnittet "Koordination og Samspil")
- Koordinationsplanen skal sendes til kommunen og den praktiserende læge jf. ovenstående. Kriminalforsorgen og politi modtager koordinationsplanen, hvis de er omfattet af denne.

Det skal kommunen:

- Give tilbud om at udarbejde social **handleplan** (se faktaboks i afsnittet "Koordination og Samspil") for den enkelte borger med henblik på at kortlægge fremtidige ønsker og behov.

Definition på en færdigbehandlet patient:

For en borger, der har behov for kommunale ydelser gælder, at den lægelige behandling af patienten er afsluttet eller ikke længere behøver at foregå under indlæggelse samt, at patienten er færdigmeldt til kommunen.

GENOPTRÆNING

Personer med sindslidelser vil som alle andre kunne pådrage sig en lidelse, hvor det forudsættes, at behandlingen på et sygehus følges op af fysisk genoptræning. Nedenfor beskrives "arbejdsdelingen" ved overgangen fra sygehus til ambulans specialiseret genoptræning eller genoptræning i kommunalt regi. Procedurerne gælder både børn og voksne og skal sikre, at patienterne oplever kvalitet og sammenhæng i deres behandlingsforløb.

Kommunerne har pr. 1. januar 2007 overtaget ansvaret for al ambulans genoptræning. Eneste undtagelse er specialiseret ambulans genoptræning, der skal udføres på et sygehus.

Ved udskrivning fra sygehus

Det skal sygehuset:

- Sikre at alle patienter får en lægefaglig vurdering af genoptræningsbehovet. Ved behov for genoptræning er der udarbejdet et katalog, der kan bruges som vejledning for at skelne mellem specialiseret genoptræning på sygehus eller genoptræning i kommunalt regi. Se kataloget på: Regionsjaelland.dk - Sundhed - Fagfolk - Sundhedsaftaler - Træningsområdet - Fælleskatalog.
- Udarbejde en genoptræningsplan inden udskrivningen.
- Give genoptræningsplanen til patienten ved udskrivningen eller eftersende den samme dag.
- Orienter patienten både mundtligt og skriftligt om, at genoptræning er omfattet af reglerne om "frit valg".

- Faxe genoptræningsplanen på udskrivningsdagen til:
 - Kontaktsted for genoptræning i patientens kommune (se adresser: regionsjaelland.dk - Sundhed - Fagfolk - Kommunale kontaktsteder)
 - Patientens egen læge til orientering.
 Hvis specialiseret genoptræning skal foregå på et andet sygehus end det patienten udskrives fra, skal genoptræningsplanen også sendes der til.
- Dokumentere i journalen, når genoptræningsplanen er udarbejdet og distribueret til relevante parter efter aftale med patienten.
- Registrere kode for udarbejdelse af genoptræningsplan samt start- og slutkoder for genoptræningsforløbet.

Genoptræningsplan

Genoptræningsplanen består af et fortrykt skema, som udfyldes og underskrives af læge eller terapeut. I genoptræningsplanen specificeres det behov, som genoptræningen skal rettes imod at afhjælpe. Se mere om genoptræningsplan for Region Sjælland på [regionsjaelland.dk](https://www.regionsjaelland.dk) - Sundhed - Fagfolk - Sundhedsaftaler - Træningsområdet - Genoptræningsplan.

Specialiseret genoptræning på et sygehus

Det skal sygehuset:

- Orienter om at patienten har ret til frit valg mellem tilbud vedrørende specialiseret genoptræning i offentlige sygehuse og på de privathospitaler, der har aftale med regionen. Andre sygehuses genoptræningsafdelinger kan, af kapacitetsmæssige årsager, afvise at modtage fritvalgspatienter.
- Kontakte patienten senest 3 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplanen med henblik på at tilrettelægge genoptræningen.
- Melde tid og sted for patientens specialiserede genoptræning til patientens kommune, som sørger for befordring af patienten.
- Skrive slutnotat i patientens journal ved afslutning af specialiseret genoptræning.

Genoptræning i kommunen

Det skal kommunen:

- Kontakte patienten senest 3 hverdage efter modtagelse af genoptræningsplanen med henblik på at tilrettelægge genoptræningen.
 - Informere ved første samtale, om patientens ret til at vælge mellem de tilbud bopælskommunen har oprettet på egne institutioner eller aftalt med tredje part. Patienten har også ret til at vælge genoptræningstilbud i andre kommuners institutioner. Retten til at vælge gælder ikke for andre kommuners aftaler med tredje part. Andre kommuner kan, af kapacitetsmæssige årsager, afvise at modtage fritvalgspatienter til genoptræning.
 - Udarbejde plan for genoptræningen sammen med patienten.
 - Sende afslutningsnotat til patientens egen læge ved afslutning af genoptræningen.
-

Ambulant kontrol på sygehus med relation til genoptræning

Det skal kommunen:


- Give patienten statusnotat for genoptræning med til kontrol på sygehuset.

Det skal sygehuset:

- Sende notat fra kontrol til kommunens kontaktsted samme dag
- Sørge for patientens befordring til kontrol.

Tvilstilfælde

Det er oprettet kommunale/regionale udvalg, der har til opgave at afklare tvilstilfælde vedrørende henholdsvis genoptræning og hjælpemidler. Adresserne findes på:

- [regionsjaelland.dk - Sundhed - Fagfolk - Sundhedsaftaler - Træningsområdet - Afklaringsudvalget](#) og på
-  [regionsjaelland.dk - Sundhed - Fagfolk - Sundhedsaftaler - Hjælpemiddelområdet - Afklaringsudvalget](#).