

Bilag 1: Vejledning om færdigbehandlingsbegrebet

Sygehusene skal opkræve færdigbehandlingstakst pr. sengedag fra og med dagen efter, at patienten er færdigbehandlet. Det er ikke en betingelse, at sygehusene forud har givet kommunen et varsel, men sygehusene varsler relevante patienters udskrivning så tidligt som muligt.

Sundhedsstyrelsens nye definition på en "færdigbehandlet patient", jf. Sundhedsstyrelsens vejledning "Registrering af færdigbehandlede patienter", december 2009:

"Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten."

Definitionen er i forhold til tidligere udvidet med følgende: "at sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten".

Desuden understreger Sundhedsstyrelsen, at hospitalets administrative opgaver omfatter: Eventuel udlevering af medicin og de behandlingsredskaber, som hospitalet er ansvarlig for og er nødvendige for udskrivningen, er klar til udlevering til patienten.

Såfremt en udskrivelse kræver "udvidet koordinering" i form af f.eks. en udskrivningskonference, kan patienten først færdigmeldes fra det tidspunkt sygehuset er klar til afholdelse af konferencen selvom patienten betragtes som medicinsk færdigbehandlet.

Det er en kommunal afgørelse hvilket tilbud, der tilbydes borgeren efter udskrivelsen.

Hvis en patient ikke kan udskrives til sin hidtidige bolig, og ikke er i stand til at give informeret samtykke til flytning til anden bolig, skal der altid søges værgemål. Dette er som udgangspunkt en kommunal opgave, men sygehuset er pligtig til at levere de nødvendige helbredsoplysninger til brug for ansøgningen.

I denne situation færdigmelder sygehuset patienten efter videregivelsen af de nødvendige helbredsoplysninger til brug for kommunens ansøgning om værgemål.

I undtagelsesvisse tilfælde hvor der er uenighed om behovet for væрге, har regionen mulighed for selvstændigt at ansøge om værgemål.

I helt særlige tilfælde hvor anvendelsen af ovennævnte hovedregel ikke vil være hensigtsmæssig, finder der en drøftelse sted mellem regionen og kommunen om færdigmeldingstidspunktet – f.eks. hvis det er sygehuset, der har søgt om værgemål eller der gives afslag på kommunens ansøgning om værgesikring, fordi patientens tilstand ikke er "stationær" – forstået som, at der fortsat er mulighed for, at patientens tilstand kan forbedres.

Hvis en patient har behov for genoptræning, skal genoptræningsplanen senest foreligge på udskrivningstidspunktet. Der vil som hovedregel være overensstemmelse mellem udskrivningstidspunktet og færdigmeldingstidspunktet. I de tilfælde hvor der er indgået en aftale om udskrivning, der ligger efter færdigmeldingsdatoen – betaler kommunen færdigmeldingstakst efter gældende takst.

Terminale patienter indlagt på sygehuset betragtes ikke som færdigbehandlede. For terminale patienter indlagt på hospice opkræver regionen færdigbehandlingstakst af patientens bopælskommune, men finansierer også driften af hospice – herunder tillægsydelse fra hospice.

Eventuel uenighed mellem region og kommuner om betaling for konkrete, færdigbehandlede patienter drøftes og afgøres på administrativt niveau mellem en af kommunerne udpeget repræsentant og en repræsentant for regionen.

Bilag 2: Regler om videregivelse af patientoplysninger

(Udarbejdet med udgangspunkt i Regler om videregivelse af patientoplysninger mellem sygehuse-kommune-praksis. Region Syddanmark: www.visinfosyd.dk. Fagligt revideret 25. januar 2010.)

Videregivelse af patientoplysninger

Elektronisk kommunikation over sektorgrænser vil betyde videregivelse af oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige og private forhold i forbindelse med behandling af patienten. Der skal derfor sikres, at betingelserne i Sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008) er opfyldt. Forhold vedrørende tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger beskrives i Sundhedslovens § 40-42.

Det er en grundlæggende hovedregel, at en sundhedspersons videregivelse af fortrolige oplysninger kun kan ske til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling af patienten. Som udgangspunkt skal der foreligge samtykke fra patienten/borgeren til videregivelse af disse oplysninger.

Samtykket kan være mundtligt eller skriftligt og skal gives til den sundhedsfaglige, der videregiver eller den sundhedsfaglige, som modtager oplysningerne. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Videregivelse uden samtykke

Videregivelse af personoplysninger mellem sygehus-kommune-praksis kan uden patientens samtykke ske, når:

- Det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelse sker under hensyntagen til patientens interesse og behov.
- Videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehusbehandling.

- Videregivelse omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat på et privatejet sygehus, klinik mv. til de oven for nævnte læger, når behandlingen er ydet efter aftale med et regionsråd eller en kommunalbestyrelse i henhold til denne lov.

Patienten har altid mulighed for at frabede sig, at oplysninger videregives efter ovennævnte bestemmelser.

Videregivelse kan endvidere ske, når:

- Videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersoner eller andre eller
- Videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Såfremt videregivelse sker efter ovennævnte undtagelsesbestemmelser, skal patienten snarest muligt herefter orienteres om videregivelsen og formålet hermed.

Advis kommunikation

Med hjemmel i Retssikkerhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 1047 af 27. august 2007) § 12c kan kommuner modtage advis i henhold til lov om social service, lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv., Sundhedsloven og opfølgning af sygedagpengesager. Dette indebærer i praksis, at der kan udveksles advis om personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp), forebyggende hjemmebesøg, genoptræning og vedligeholdelsestræning, hjemmesygepleje, madservice og klientbetaling herfor samt sygedagpenge. Advis på borgere, som kun modtager hjælpemidler, kan ikke udveksles uden borgerens samtykke.

Table 1 Meddelelsetyper der kræver samtykke og meddelelsetyper der ikke kræver samtykke

MEDDELELSESTYPE	MED SAMTYKKE	UDEN SAMTYKKE
Indlæggelsesadvis		X
Udskrivningsadvis		X
Korrespondance	X	
Indlæggelsesrapport	x	
Plejeforløbsplan	x	
Udskrivningsrapport	x	
Genoptræningsplaner	x	
Planer i øvrigt	x	
Fødselsanmeldelse	x	
Henvi sning	x	
Epikrise		X

Undtagelser

Uden patientens samtykke kan der, efter § 41 stk. 2 i Sundhedsloven, sendes udskrivningsbrev til patientens alment praktiserende læge eller videregives oplysninger til andre sundhedsfaglige personer, hvis det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsbehov, og videregivelsen sker af hensyn til patientens interesse og behov.

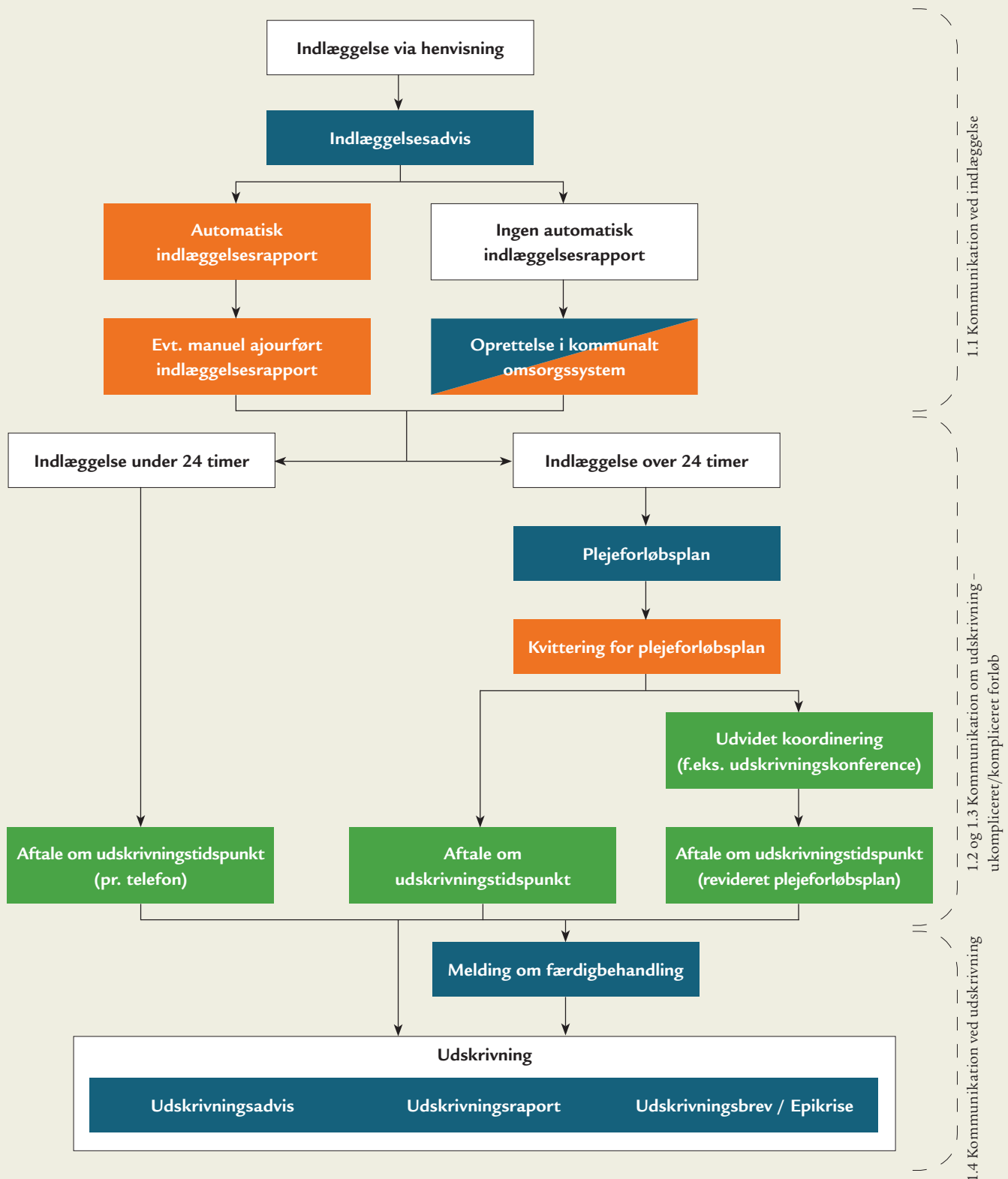
Denne undtagelsesbestemmelse forudsætter, at der er tale om en aktuel undersøgelse og behandling af patienten, hvor videregivelse finder sted som et led i et samlet og igangværende behandlingsforløb. Der skal således være tale om at fortsætte eller følge op på en allerede iværksat behandling, og det vil være i strid med tavshedspligten at videregive oplysninger uden patientens samtykke, hvis patienten udskrives uden planer for opfølgende behandling.

Hvis en patient udskrives med planer om genoptræning, vil der, jævnfør reglerne om informeret samtykke, være tale om, at patienten før udskrivelse er informeret om behovet for at fortsætte den vedligeholdende træning. I denne situation er det ikke nødvendigt at indhente særskilt samtykke til videregivelsen, idet genoptræningen sker som et led i et aktuelt behandlingsforløb.

Det sondres ikke mellem forskellige typer af helbredsoplysninger. Videregivelsesadgangen er den samme, uanset der er tale om eksempelvis journaler, epikriser eller røntgenbeskrivelser. Det væsentlige er, at oplysningerne står i en snæver forbindelse med behandlingen af patienten - hvis ikke, forudsætter videregivelse samtykke efter hovedreglen i § 41 i Sundhedsloven.

Bilag 3: Flowskemaer

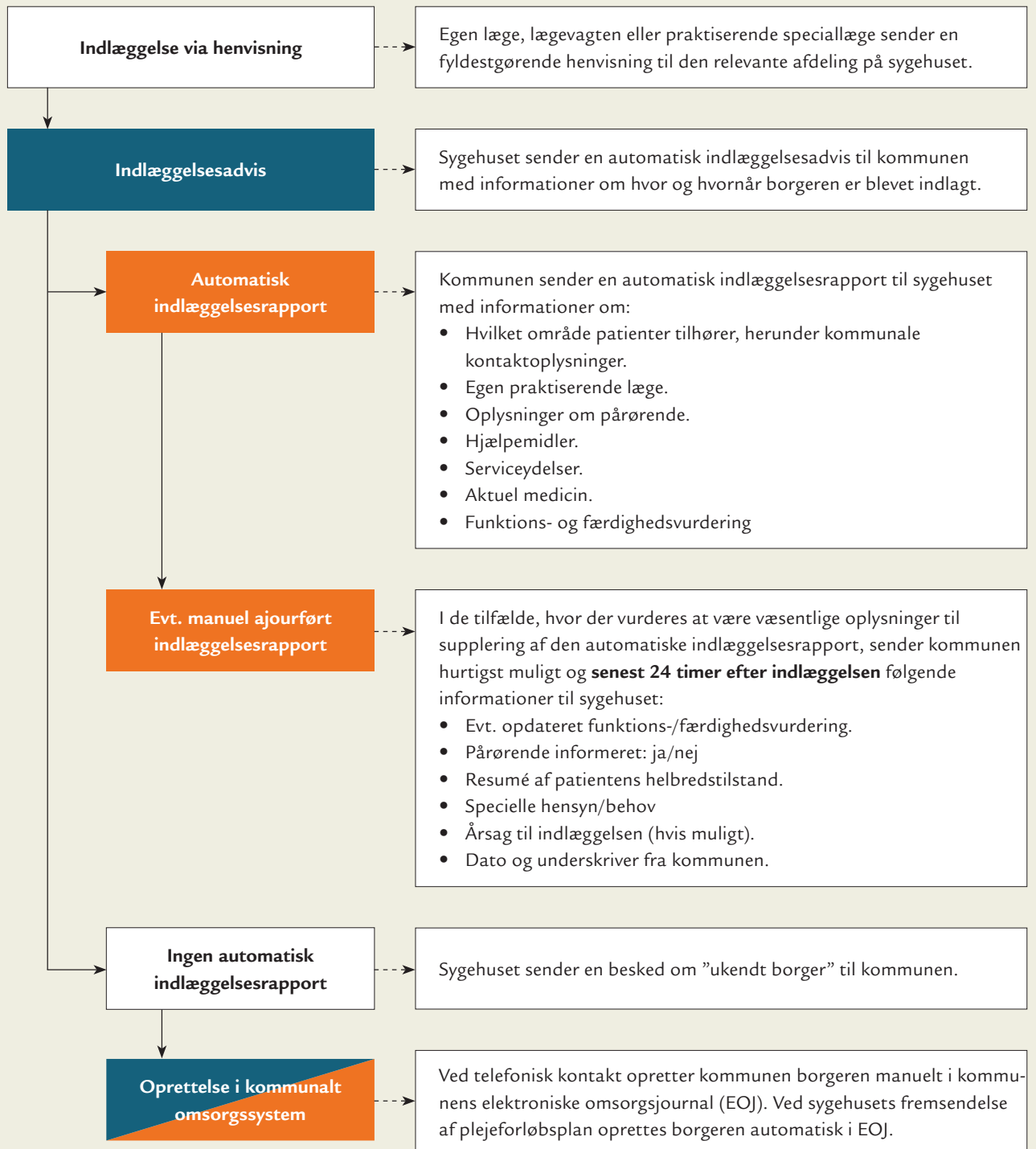
Samlet flowskema – indlæggelser og udskrivinger (MEDCOM7)



■ Sygehusets opgave - ■ Kommunens opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

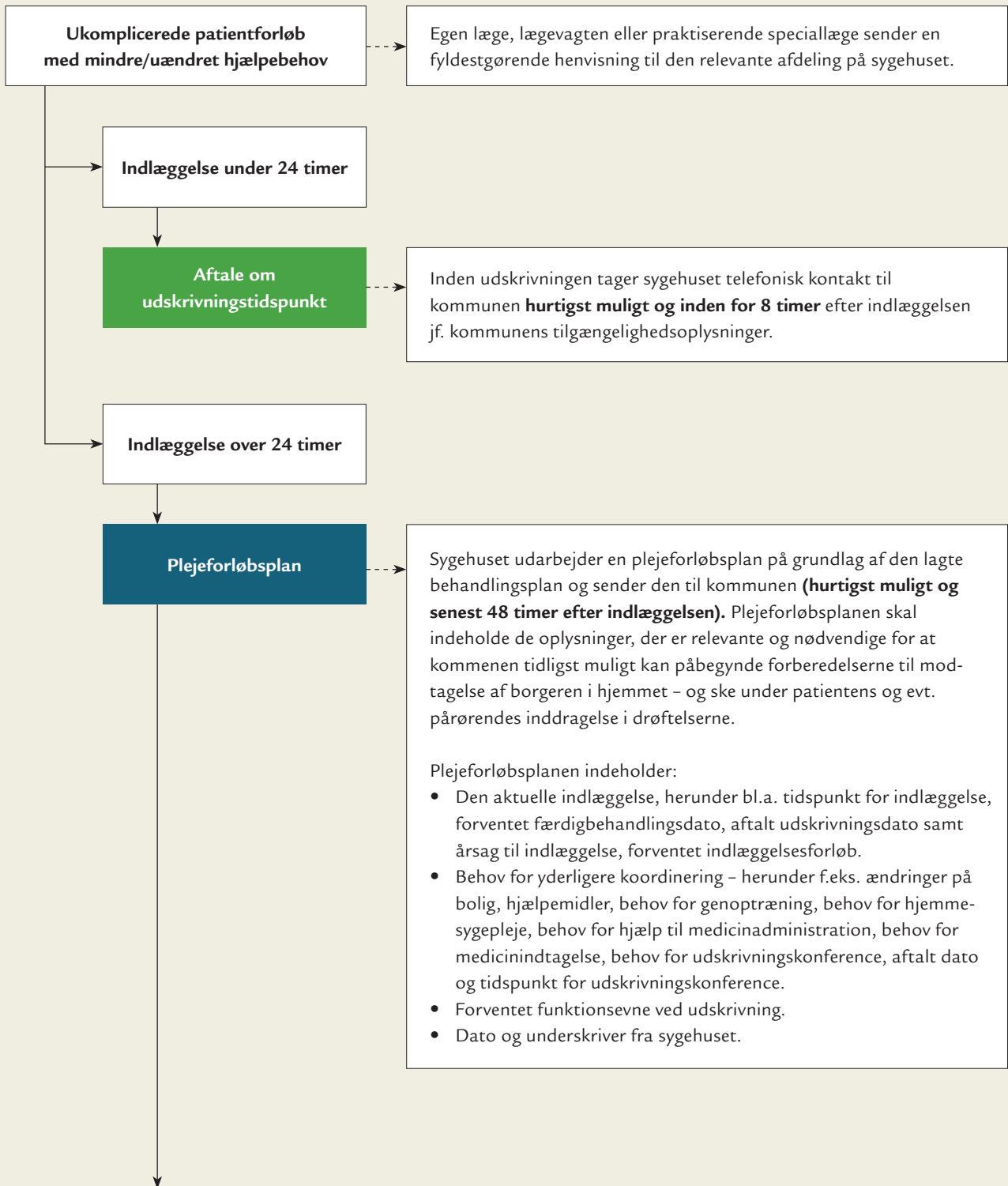
Kommunikation ved indlæggelse



■ Sygehusets opgave - ■ Kommunens opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Kommunikation om udskrivning – ukomplicerede forløb

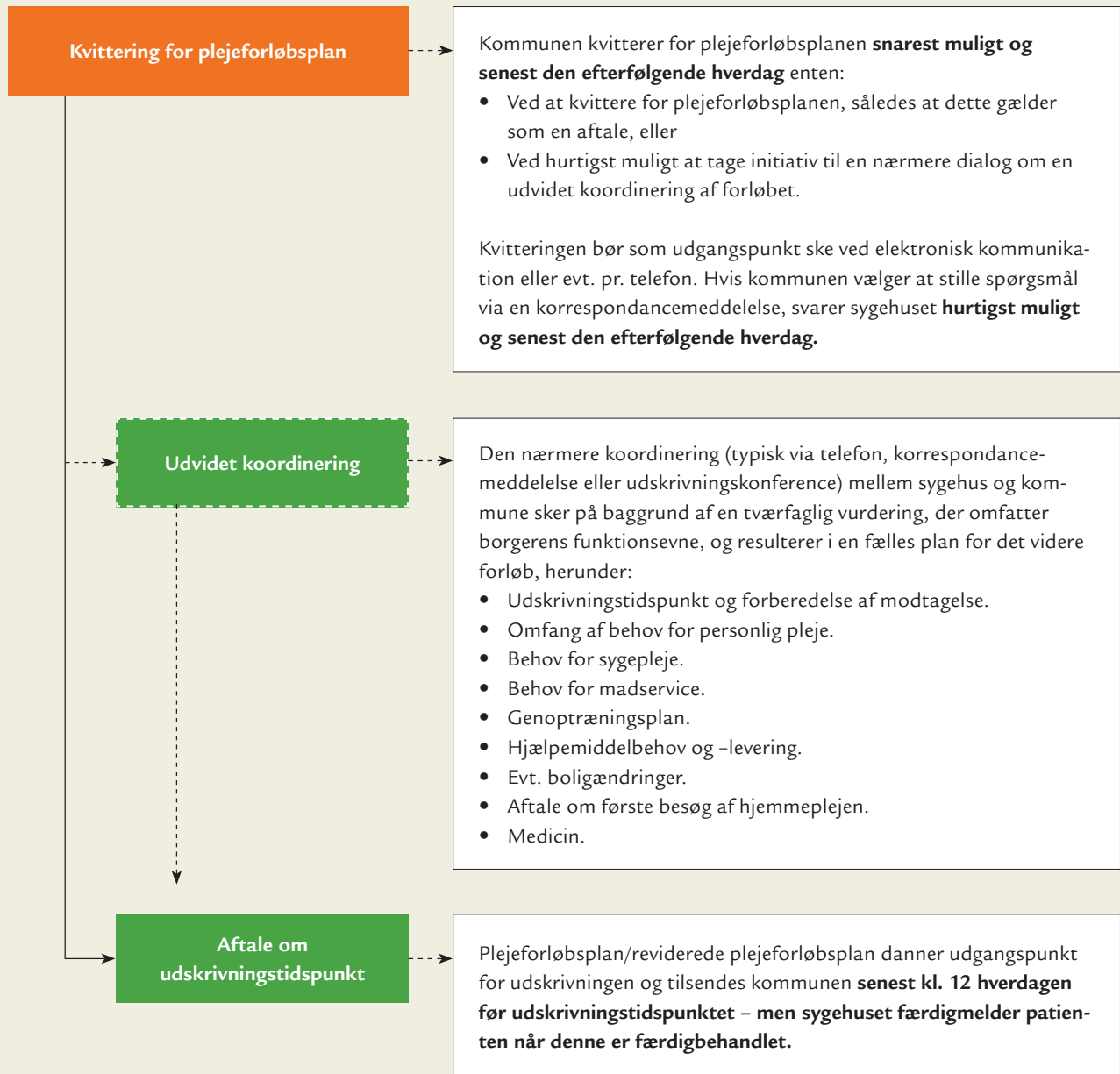


■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Fortsætter på næste side

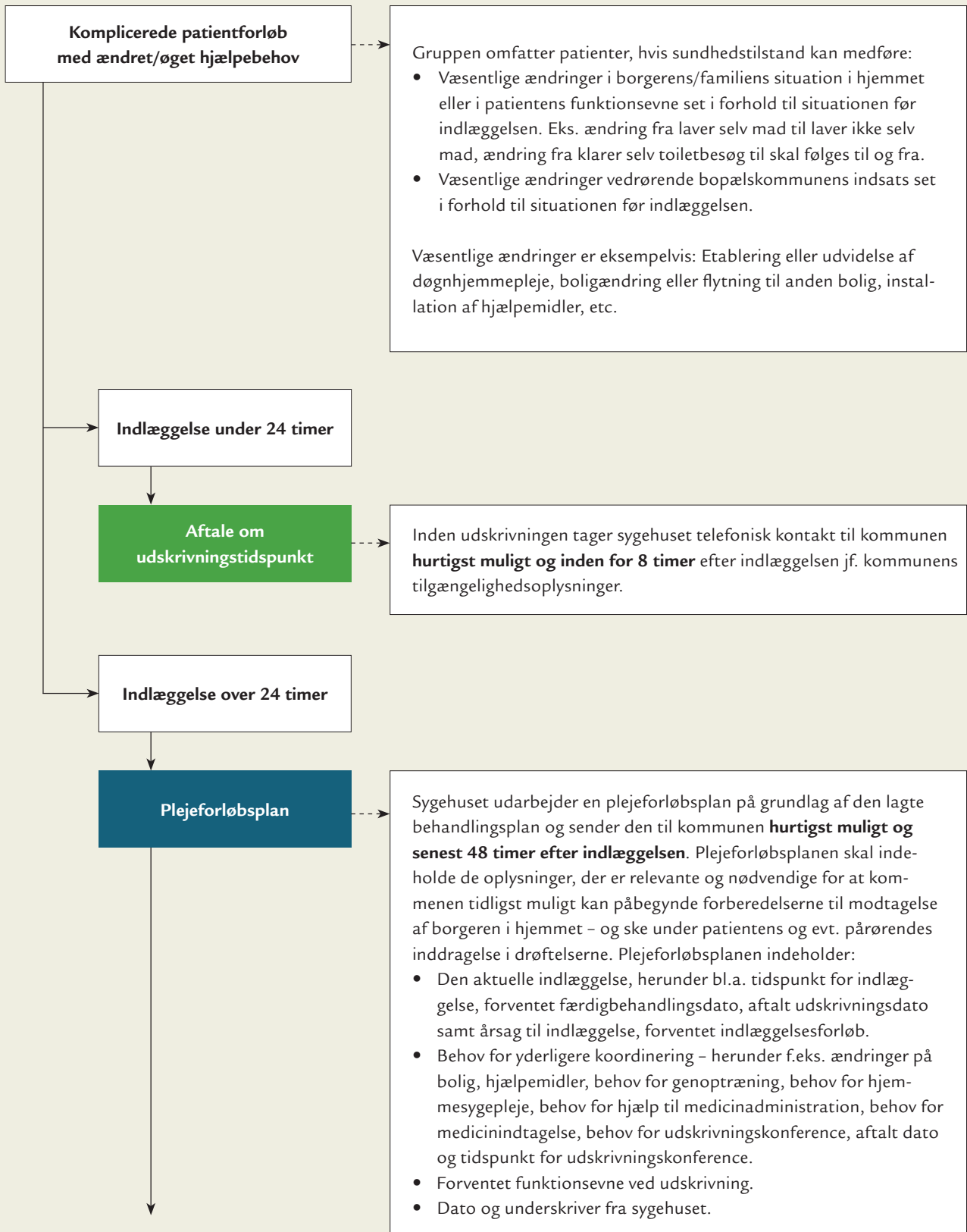
Forsat fra side 34 - Kommunikation om udskrivning – ukomplicerede forløb



■ Kommunens opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Kommunikation om udskrivning – komplicerede forløb

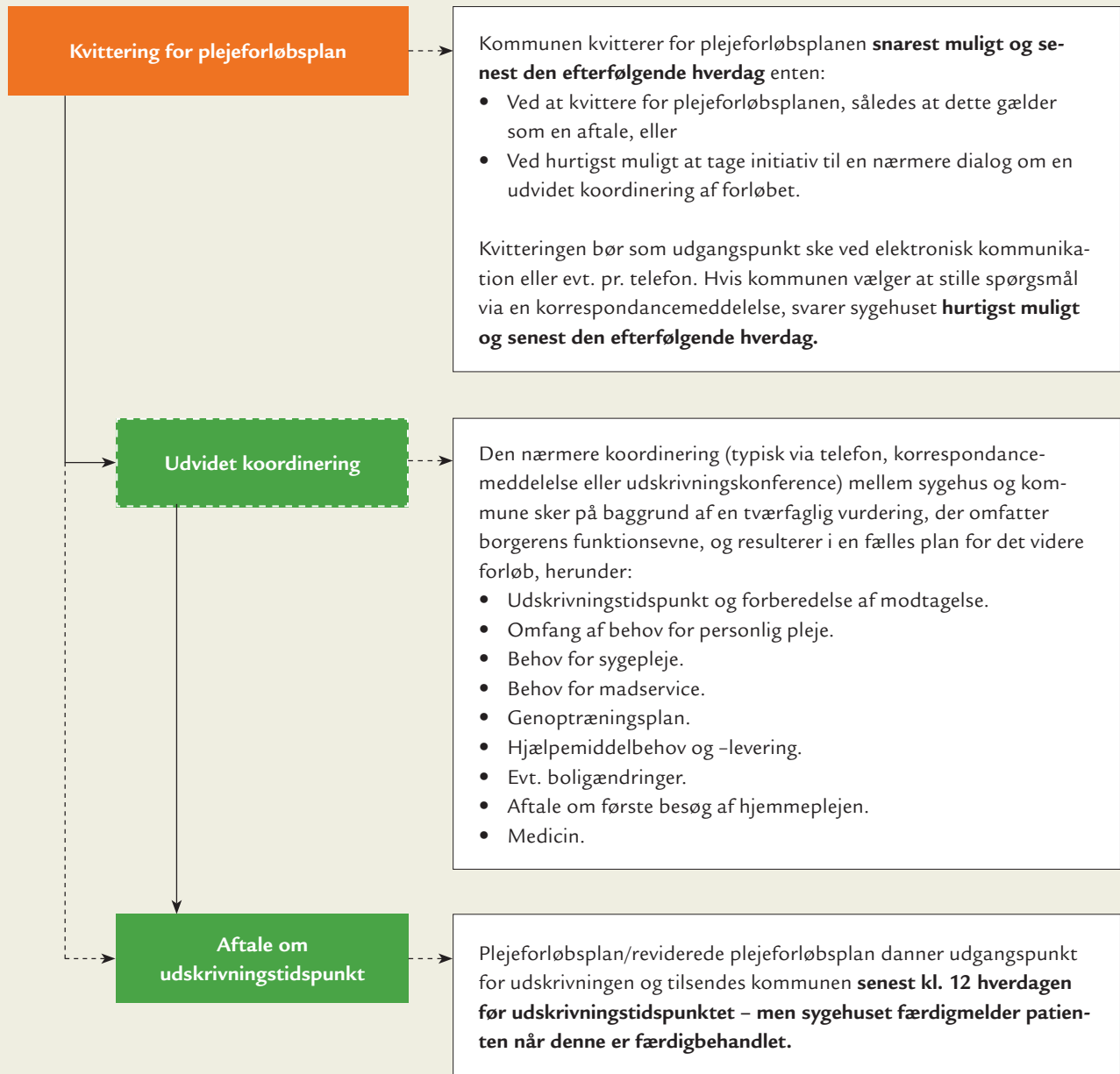


■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Fortsætter på næste side

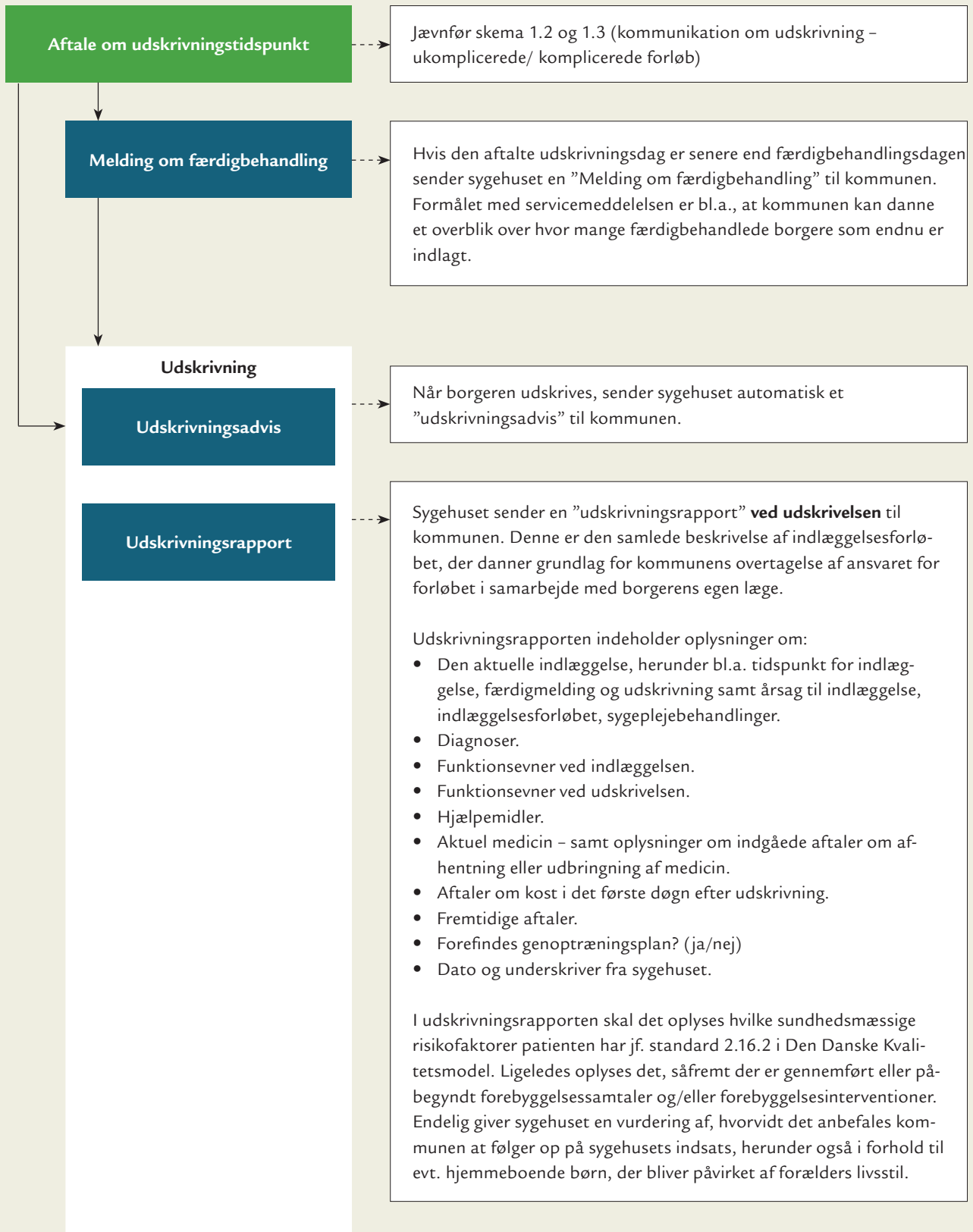
Forsat fra side 36 - Kommunikation om udskrivning – komplicerede forløb



■ Kommunens opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Kommunikation ved udskrivning



■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Fortsetter på næste side

Forsat fra side 38 - Kommunikation ved udskrivning

Udskrivningsbrev/ epikrise

Efter hver indlæggelse sender sygehuset en epikrise (udskrivnings-brev) til egen læge og henvisende læge. Dette sker **ved udskrivningen** eller alternativt senest tre dage efter udskrivningen.

For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes epikrisen eller alternativt udskrivningsnotatet ved udskrivningen. I tilfælde af, at dette ikke er muligt ved udskrivningen, kontaktes den praktiserende læge telefonisk – evt. via sekretær i almen praksis.

Epikrisen udarbejdes efter de til enhver tid gældende regionale retningslinjer. I de gældende retningslinjer skal udskrivningsbrevet indeholde:

- Navn på dikterende læge.
- Årsag til henvisningen suppleret med henvisningsdiagnose.
- Udskrivende sygehusafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse samt sundhedsfaglig kontaktperson under indlæggelsen.
- Resumé af behandlingsforløb/ relevante undersøgelser og fund.
- Medicinstatus ved udskrivelse.
- Sagt og aftalt med patienten og evt. pårørende.
- Kort beskrivelse af patientens funktions- og helbredsmæssige status ved udskrivelsen samt ikke afsluttede undersøgelser.
- Kort behandlingsplan med oplysninger om konkrete aftaler om efterbehandling og opfølgning, herunder evt. genoptræningsplan.
- Plan for sundhedsfremmende foranstaltninger og sygdomsforebyggende initiativer. Herunder oplyses hvilke sundhedsmæssige risikofaktorer patienten har jf. standard 2.16.2 i Den Danske Kvalitetsmodel. Ligeledes oplyses det, såfremt der er gennemført eller påbegyndt forebyggelsessamtaler og/eller forebyggelsesinterventioner. Endelig giver sygehuset en vurdering af, hvorvidt det anbefales at praktiserende læge følger op på sygehusets indsats, herunder også i forhold til evt. hjemmeboende børn, der bliver påvirket af forælders livsstil.

■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.