

Samarbejdsaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

Proces: Opdateret august 2014

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
Indlæggelses- og udskrivningsforløb		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

Samarbejdsaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	4
2. Kommunikation ved ambulante og stationære forløb.....	6
2.1 Kommunikation før ambulante besøg eller indlæggelse.....	6
2.2 Kommunikation ved ambulante besøg.....	7
2.2.1 Ambulatorienotet/skadesjournal - sygehuset informerer kommunen	7
2.2.2 Ambulatorienotet/skadesjournal - sygehuset informerer almen praksis	8
2.3 Kommunikation ved indlæggelses- og udskrivningsforløb	8
2.3.1 Kommunikation ved indlæggelsen	8
2.3.2 Kommunikation og aftale om udskrivning	9
2.3.3 Kommunikation ved færdigmelding.....	12
2.3.4 Kommunikation ved udskrivning.....	12
3. Særlige forhold ved ambulante og stationære forløb.....	13
3.1 Udskrivningskonferencer	13
3.2 Prøveudskrivning – weekendbesøg – hjemmebesøg	14
3.3 Specifikke målgrupper	14
3.4 Udskrivning af terminalt syge patienter	15
3.5 Værgemål.....	15
3.6 Håndtering af medicin	16
3.6.1 Medicin før indlæggelse	16
3.6.2 Almindeligt dispenseret medicin ved indlæggelse.....	16
3.6.3 Dosisdispenseret medicin ved indlæggelse	16
3.6.4 Almindelig doseret medicin ved udskrivelsen.....	17
3.6.5 Dosisdispenseret medicin ved udskrivelsen.....	17
3.6.6 Medicin i forbindelse med ambulante forløb	17
3.8 Forebyggelse af indlæggelser	18

1. Indledning

Dette indsatsområde omfatter indlæggelses- og udskrivningsforløb, som involverer både regionen og kommunen. De overordnede rammer fremgår af sundhedslovens §§ 57-142.

Med begrebet "borger" tænkes der både borger og patient og omfatter alle, uanset om borgeren har somatiske eller psykiatriske problemstillinger. Hvis der er enkelte områder, hvor en indsats eksempelvis udelukkende omfatter psykiatri eller somatik, vil det blive præciseret.

Formålet med samarbejdsaftalen på indsatsområdet indlæggelse og udskrivning er at sikre kvalitet og sammenhæng i forløbet umiddelbart op til en sygehusindlæggelse og i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb samt at forebygge indlæggelser.

Det politiske mål for indsatsområdet er, at der eksisterer velfungerende IT- kommunikation mellem sygehuse, kommuner og almen praksis i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

Aftalen skal medvirke til at sikre, at borgeren tilbydes et effektivt og sammenhængende forløb i forbindelse med overgange i behandlings- og plejeforløb imellem region, kommune og almen praksis. Samtidig skal aftalen medvirke til at sikre, at indlæggelser forebygges ved rettidig og effektiv behandling, pleje og træning i primærsektoren, eventuelt i samarbejde med sygehusambulatorierne.

En forudsætning for dette er, at samarbejdet og kommunikationen mellem de involverede aktører er velorganiseret. Blandt andet skal aftalen medvirke til at sikre, at kommunen - som har ansvaret for plejen og andre indsatser i forhold til borgeren - og almen praksis samarbejder om at forebygge, at borgeren udsættes for sygehusindlæggelser, der kunne forebygges.

Forberedelse af kommunen sker ved, at kommunikationen mellem sygehus og kommune indledes allerede ved forundersøgelsen for planlagte forløb og ved indlæggelsen for akutte forløb.

Et af de væsentligste principper for kommunikationen er således princippet om, at planlægningen af udskrivningen begynder ved indlæggelsen. Dette skal sikre, at der som afslutning på en sygehusbehandling sker en vel tilrettelagt udskrivelse, der forebygger genindlæggelser.

Aftalen sikrer, at kommunen hurtigst muligt informeres i et indlæggelses- og udskrivningsforløb om de krav, det enkelte forløb vil stille til den kommunale indsats efter udskrivningen og igennem indlæggelsesforløbet holdes opdateret om de ændringer, der kan have betydning for kommunens tilrettelæggelse af udskrivningen.

Aftalen fastslår, at enhver udskrivning skal være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen – for så vidt angår de borgere, der enten ved indlæggelsen modtog, eller fremadrettet kommer til at modtage en ydelse efter Sundhedsloven eller Serviceloven.

Parterne er enige om, at udskrivning efter endt sygehusbehandling skal ske tidligst muligt under hensyn til borgerens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i behandlings- og plejeforløbet.

Aftalen skal derudover medvirke til at sikre, at de involverede aktører i et behandlings- og plejeforløb har de informationer, der er relevante for opgavevaretagelsen på ethvert tidspunkt i forløbet. Tilsvarende skal aftalen medvirke til at sikre, at relevante informationer formidles til borgeren og eventuelt til pårørende, og at borgeren ved hvem, der kan kontaktes ved spørgsmål.

Endelig skal aftalen medvirke til at sikre koordination af kapaciteten imellem regionen og kommunen. Det indebærer blandt andet, at den sygehusindlagte, færdigbehandlede borger, der har behov for en efterfølgende indsats fra kommunen (f.eks. hjemmesygepleje, botilbud, genoptræning i kommunalt

døgntilbud mv.) kan udskrives hertil uden unødigt ventetid. Det indebærer tilsvarende, at en borger, der har behov for en ydelse i regionalt regi (f.eks. et ambulante udrednings- eller behandlingsforløb, der kan medvirke til at forebygge en indlæggelse) kan modtage denne ydelse uden unødigt ventetid.

Kommunerne, almen praksis og regionen forpligter sig i denne sammenhæng til at inddrage hinanden hurtigst muligt – dvs. allerede i planlægningsfasen - ved tiltag, der kan have kapacitetsmæssige konsekvenser for en anden part. F.eks. inddrages kommunerne allerede i planlægningsfasen i forbindelse med planlægningen af accelererede patientforløb - så der sikres den nødvendige tid til at uddanne det kommunale personale og få tilpasset kapaciteten. Ved opgaveflytning i forbindelse med ændringer i behandlingsmetode og lignende inddrager regionen hurtigst muligt kommunerne, så der kan laves aftaler om undervisning/oplæring af kommunens personale og udarbejdes plan for opgaveflytning.

Aftalen omfatter som udgangspunkt alle borgere, der har behov for en indsats fra aktører i region, kommune og almen praksis. De største grupper findes blandt ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme. Specifikke grupper kan eksempelvis være borgere med psykiatriske problemstillinger, børn, herunder nyfødte og deres forældre, socialt udsatte, samt borgere med handicap.

Aftalen omfatter ligeledes både borgere, som har modtaget behandling på offentligt sygehus, og borgere der har modtaget offentligt finansieret behandling på privatklinik/-sygehus, f.eks. som led i det udvidede frie sygehusvalg.

De involverede aktører omfatter sundhedspersoner og andre relevante fagpersoner på regionens sygehuse, i almen praksis - særligt almen praksis - og i kommunen. I kommunen vil der – afhængigt af blandt andet sammensætningen af borgere - være tale om aktører indenfor forskellige myndighedsområder.

Derudover vil aftalen involvere personalet på sociale botilbud, hvor der er borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats samt sundhedspersoner på private sygehuse, når disse varetager offentlig finansieret behandling.

Aftalen kan genforhandles, hvis der viser sig et behov for en justering.

Aftalen er disponeret på følgende måde:

- Kapitel 2 beskriver kommunikationen ved tværsektorielle ambulante og stationære forløb.
 - Kapitel 3 beskriver særlige forhold ved ambulante og stationære forløb.
 - Kapitel 4 beskriver de organisatoriske og faglige indikatorer for god opfølgning.
 - Kapitel 5 beskriver opfølgningens organisatoriske forankring.
 - Kapitel 6 beskriver forslag til implementeringsplan.
-
- Bilag 1 præciserer den nationale definition af færdigbehandlingsbegrebet.
 - Bilag 2 giver en vejledning om reglerne for videregivelse af patientoplysninger.
 - Bilag 3 giver en overblik over indlæggelses- og udskrivningsforløbene via flowskemaer.

2. Kommunikation ved ambulante og stationære forløb

Effektiv kommunikation er afgørende i sikringen af den sammenhængende indsats fra kommune, sygehus og almen praksis og dermed fundamentet for, at borgeren oplever en sammenhængende indsats. Udgangspunktet for den tværsektorielle kommunikation er alle patientforløb, hvor kommunen eller almen praksis har en interesse i at blive inddraget. Målgruppen er derfor alle borgere, der ved indlæggelse eller ambulante besøg allerede modtager kommunale ydelser efter Sundhedsloven, Psykiatriloven eller Serviceloven eller som vurderes, at skulle modtage sådanne ydelser efter udskrivning eller det ambulante besøg.

Kommunikation om de enkelte forløb kan foregå på flere måder. I det efterfølgende er der et særligt fokus på især den telefoniske og den elektroniske kommunikation – herunder særligt hvordan de forskellige kommunikationsveje kan fungere i et samspil – der kan sikre en effektiv kommunikation.

Den effektive kommunikationsform varierer alt efter hvilket forløb, der er tale om. F.eks. kan den telefoniske kommunikation være særlig hensigtsmæssig i forbindelse med udskrivning af akutte korttidsindlagte borgere (typisk borgere med mindre eller uændret behov for kommunal hjælp). Omvendt kan den elektroniske kommunikation være særlig hensigtsmæssig i forbindelse med udskrivning af borgere, hvor der er større ændringer i behovet for den kommunale hjælp, eventuelt suppleret med telefonisk kontakt.

Generelt for den telefoniske tilgængelighed er, at de regionale sygehusafdelinger er tilgængelige for kommunale kontakter 24 timer i døgnet 365 dage om året, mens tilgængeligheden for de kommunale visitatorer (eller andre med kompetence til at indgå aftaler om udskrivning) er forskellig fra kommune til kommune og typisk til 1 til ca. 2-5 timer i hverdage. Det er en fælles opfattelse af, at telefontilgængeligheden er et afgørende fundament i sikringen af den effektive kommunikation.

Det er aftalt at videreføre den eksisterende internetbaserede "tilgængelighedsliste", hvoraf de kommunale og regionale kontaktoplysninger fremgår. Det aftales, at regionen stiller server til rådighed for tilgængelighedslisten og varetager opdateringen af listen, på baggrund af indmeldinger fra kommunerne.

Det er aftalt at videreføre princippet om, at kommunerne og sygehusene har "ét kontaktpunkt" – forstået som et telefonnummer og evt. en e-mailadresse for kommunerne (evt. opdelt i områder) og et telefonnummer og evt. en e-mailadresse for sygehusafdelingerne. E-mailadressen må ikke anvendes til videregivelse af patientoplysninger – med mindre der anvendes "sikker e-mail" – men anvendes typisk til at lægge en besked om at modparten skal ringe tilbage. Det vil dermed være det enkelte sygehus og kommunes ansvar at sikre den interne kommunikation og organisering, som sikrer, at dette fungerer.

Generelt for den elektroniske kommunikation er, at den bygger på fælles nationale MedCom standarder.

I forbindelse med beskrivelsen af den rigtige kommunikation sondres der imellem kommunikation:

1. Før ambulante besøg eller indlæggelse.
2. Ved ambulante besøg.
3. Ved indlæggelses- og udskrivningsforløb.

2.1 Kommunikation før ambulante besøg eller indlæggelse

Inden ambulante forløb eller indlæggelsesforløb udarbejdes en fyldestgørende henvisning til den relevante afdeling på sygehuset, jf. retningslinjerne i Den Danske Kvalitetsmodel.

I forhold til somatiske patienter udfylder henvisende læge henvisningen ud fra de til enhver tid gældende retningslinjer for "Henvisning af akutte og elektive patienter til regionens sundhedsvæsen"

(www.pri.rn.dk).

I forhold til voksne psykiatriske patienter udfylder henvisende læge henvisningen ud fra den pågældende "tjekliste" for den gode henvisning af:

- Almene voksenpsykiatriske patienter,
- Mennesker med sindslidelse der samtidigt har et misbrug (dobbeltdiagnose) samt
- Gerontopsykiatriske patienter.

I forhold til akutte børnepsykiatriske patienter udfylder henvisende læge henvisningen ud fra "tjeklisten" for akutte henvisninger af børn og unge med sindslidelser.

I forhold til elektive børnepsykiatriske patienter har både den praktiserende læge og kommunen mulighed for at henvise. Kommunen henviser med udgangspunkt i "tjeklisten" for den ikke akutte henvisning. Den praktiserende læge henviser med udgangspunkt i den almindelige vejledning til udfyldelse af sygehushenvisningsstandarder.

Tjeklisternes formål er at sikre, at de henvisninger, der fremsendes til behandlingspsykiatrien, indeholder tilstrækkelig information til at foretage en "visitering" af patienter. Det nærmere indhold i tjeklisterne fremgår af bilagene til samarbejdsaftalen for indsatsområde 5: Mennesker med sindslidelser (www.pri.rn.dk).

Eventuelle oplysninger om somatiske eller psykiatriske borgers selvmordsrisiko skal fremgå af henvisningen.

Ved planlagt indlæggelse på det somatiske eller det psykiatriske område kvitterer sygehuset for modtagelsen af henvisningen indenfor for 8 dage. Kvitteringen tilgår såvel borgeren, som den praktiserende læge og henvisende læge/kommune, og der meddeles samtidig et tidspunkt for udredning, forundersøgelse eller behandling.

Ved forundersøgelsen vurderer sygehuset, om borgeren vil have behov for kommunal hjælp, (f.eks. hjemmepleje, hjemmesygepleje, hjælpemidler, træning eller lignende) efter behandling. I givet fald orienteres den kommunale visitation, jf. kommunale tilgængelighedsoplysninger.

Efter henvisning af elektive børnepsykiatriske patienter og forud for en evt. "indskrivning" (opstart af ambulante eller stationært forløb) af en patient - der inden "indskrivning" havde kontakt til et "professionelt netværk" (sundhedsfaglige personer fra kommune eller region) - kan sygehuset efter behov indkalde henvisende part til et netværksmøde. Møderne afholdes med henblik på afklaring af, om patienten "indskrives" i sygehusregi og i givet fald - en drøftelse af en eventuel indsats fra kommune/praktiserende læge før, under og/eller efter "indskrivning". Der henvises i øvrigt til aftalen for indsatsområdet: Mennesker med sindslidelser.

2.2 Kommunikation ved ambulante besøg

Ambulante besøg omhandler borgere, der kommer til behandling eller kontrol på sygehusets ambulatorier eller til behandling på Skadestuen.

2.2.1 Ambulatorienotat/skadesjournal - sygehuset informerer kommunen

Forekommer der i forbindelse med det ambulante besøg ændringer, som kan have indflydelse på den kommunale indsats, fremsender sygehuset kommunens ambulatorienotat/skadesjournal via Edifact og kontakter evt. supplerende den kommunale visitation/døgntelefon. Ved behov for ændret genoptræning fremsendes ny genoptræningsplan til kommunen.

2.2.2 Ambulatorienotat/skadesjournal - sygehus informerer almen praksis

Efter hvert somatisk ambulant besøg sendes ambulatorienotat/skadejournal til egen læge og henvisende læge – som udgangspunkt samme dag som besøget, og senest 3 hverdage efter besøget. Hvis der er brug for ydelser fra almen praksis, skal det fremgå af notatet/skadesjournalen.

Efter hvert psykiatrisk ambulant lægebesøg, hvor der foretages væsentlige ændringer i borgerens behandling sendes ambulatorienotat/skadejournal til egen læge og henvisende læge – som udgangspunkt samme dag som besøget, og senest 3 hverdage efter sidste besøg. Hvis der er brug for ydelser fra almen praksis, skal det fremgå af notatet/skadesjournalen.

2.3 Kommunikation ved indlæggelses- og udskrivningsforløb

Planlægning af udskrivning begynder ved indlæggelsen.

Målet med planlægningen er – igennem dialog – at sikre en afklaring af borgerens behov ved udskrivning hurtigst muligt efter indlæggelsen – og herigennem at flest mulige forløb opnår et sammenfald mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

Færdigbehandlingstidspunktet er det tidspunkt - hvor borgeren er klar til udskrivning som følge af, at sygehusets behandling af patienten, herunder de i den sammenhæng nødvendige administrative opgaver er tilendebragt, og indlæggelse ikke længere er nødvendig eller gavner borgeren. En vejledning om færdigbehandlingsbegrebet fremgår af bilag 1.

Udskrivningstidspunktet besluttet i dialog mellem sygehuset og kommunen på grundlag af forløbet, borgerens tilstand og funktionsevne samt kommunens forberedelse af modtagelsen i hjemmet eller eventuel anden foranstaltning. Det er en kommunal afgørelse, hvilke tilbud der skal tilbydes borgeren efter udskrivelsen.

Selvom det er udgangspunktet, at færdigbehandlingstidspunktet er det samme som udskrivningstidspunktet, har kommunen mulighed for at sige nej til at få udskrevet en borger, hvis kommunen ikke ser sig i stand til at etablere den nødvendige hjælp til borgeren på færdigbehandlingstidspunktet. Kommunen betaler da færdigbehandlingstakst.

I nedenstående underafsnit er dialogen om indlæggelses- og udskrivningsforløbet beskrevet. Der henvises til bilag 3 for et overblik over indlæggelses- og udskrivningsforløbet.

2.3.1 Kommunikation ved indlæggelsen

Indlæggelsesadvis - sygehuset orienterer kommunen

Sygehuset underretter kommunen om borgerens indlæggelse. Underretningen sker som udgangspunkt via en automatisk "indlæggelsesadvis" til kommunen – der indeholder oplysninger om, hvor og hvornår borgeren er blevet indlagt. Meddelelsen genereres automatisk i sygehusenes PatientAdministrative Systemer (PAS), når en borger bliver registreret som indlagt i PAS-systemet. I kommunen modtages meddelelsen kun, såfremt borgeren modtager en ydelse i forhold til hjemmehjælp, genoptræning/vedligeholdelsestræning, hjemmesygepleje og madservice/klientbetaling. Kommunen suspenderer kommunale ydelser i hjemmet.

Automatisk indlæggelsesrapport - kommunen informerer sygehuset

Kommunen sender – for borgere, der er aktive i det kommunale omsorgssystem – en automatisk genereret "indlæggelsesrapport" til sygehuset. Sygehuset modtager typisk den automatiske indlæggelsesrapport indenfor 60 minutter efter afsendelsen af indlæggelsesadvis.

Indlæggelsesrapporten indeholder - i det omfang det er registreret - informationer om bl.a.:

- Hvilket område borgeren hører til i kommunen - herunder kommunale kontaktoplysninger.

- Egen praktiserende læge.
- Pårørendeoplysninger.
- Hjælpemidler.
- Serviceydelser.
- Aktuel medicin.
- Funktions-/færdighedsvurdering.

På sygehuset kan indlæggelsesrapporten - som hovedregel – først åbnes efter, at der er indhentet samtykke fra borgeren om udveksling af informationer mellem sygehus og kommunen. Se evt. bilag 2 for en vejledning om reglerne for videregivelse af patientoplysninger.

Ingen automatisk indlæggelsesrapport - sygehuset kontakter kommunen

Hvis der ikke modtages en automatisk "indlæggelsesrapport", og så snart sygehusafdelingen skønner, at borgeren vil have brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo- og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger, tilsender sygehuset kommunen en besked om en "ukendt borger" - med henblik på oprettelse i det kommunale omsorgssystem – så den videre kommunikation som udgangspunkt kan ske elektronisk.

Manuel ajourført indlæggelsesrapport – kommunen informerer sygehuset

I de tilfælde, hvor der vurderes at være væsentlige oplysninger til supplerende af den automatiske indlæggelsesrapport, sender kommunen en manuelt ajourført indlæggelsesrapport til sygehuset hurtigst muligt og senest 24 timer efter indlæggelsen - for så vidt angår de borgere, der ved indlæggelsen var aktive/kendte i det kommunale omsorgssystem. Dette drejer sig om informationer vedrørende:

- Evt. opdateret funktions-/færdighedsvurdering.
- Pårørende informeret: Ja/Nej.
- Resumé af borgerens helbredstilstand. Eventuelle oplysninger om selvmordsrisiko skal fremgå af resuméet af borgerens helbredstilstand.
- Specielle hensyn/behov?
- Årsag til indlæggelsen (oplyses hvis muligt).
- Dato og underskriver fra kommunen.

Behov for yderligere oplysninger under indlæggelse – sygehus kontakter kommune

Ved behov for yderligere oplysninger under indlæggelsen kontakter sygehuset kommunens visitation (via kommunens tilgængelighedsoplysninger eller via Edifact i form af en korrespondancemeddelelse) eller egen læge.

2.3.2 Kommunikation og aftale om udskrivning

Kommunikationen om udskrivningen tager enten udgangspunkt i en fremskyndet telefonisk kommunikation for "korte" indlæggelsesforløb og i en skriftlig kommunikation i form af en skriftlig plejeforløbsplan for "længere" indlæggelsesforløb. De to muligheder er beskrevet nedenfor, hvor der skelnes mellem indlæggelsesforløb under og over 24 timer som en bestemmende faktor for, om sygehuset udarbejder en plejeforløbsplan.

Ved indlæggelsesforløb under 24 timer

Aftale om udskrivning – sygehuset kontakter kommunen

Inden udskrivelsen kontaktes kommunen hurtigst muligt og typisk indenfor 8 timer efter indlæggelsen jf. kommunens tilgængelighedsoplysninger.

Ved **ukomplicerede udskrivninger** vil borgerne typisk kunne udskrives umiddelbart efter sygehuset har orienteret kommunen - der reetablerer hidtidige kommunale ydelser.

Dette omfatter borgere, der har behov for kommunale tilbud, men hvis sundhedstilstand ikke medfører væsentlige ændringer i hjælpebehov set i forhold til borgerens situation i hjemmet før indlæggelsen.

Ved **komplicerede udskrivninger** vil borgernes udskrivelsestidspunkt skulle aftales konkret under hensyntagen til, at kommunen kan nå at igangsætte de nødvendige ydelser for, at borgeren kan udskrives.

Dette omfatter borgere, hvis sundhedstilstand kan medføre:

- Væsentlige ændringer i borgerens/familiens situation i hjemmet eller i patientens funktionsevne, set i forhold til situationen før indlæggelsen.

Eksempler på væsentlige ændringer i funktionsevne og behov for personlig pleje: Ændres hjælpen fra ingen hjælp til en støttende hånd, ændres hjælpen fra klarer selv toiletbesøg til skal følges til og fra toilettet, ændres hjælpen fra klarer selv madlavning til hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden, ændres niveauet fra klarer selv forflytning til hjælpes via person eller hjælpemidler, ændres hjælpen til to eller flere besøg dagligt.

- Væsentlige ændringer vedrørende bopælskommunens indsats set i forhold til situationen inden indlæggelsen.

Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering eller udvidelse af døgnhjemmepleje, boligændring eller flytning til anden bolig, installation af hjælpemidler, etc.

Ved indlæggelsesforløb over 24 timer

Plejeforløbsplan - sygehuset informerer kommunen

For alle indlæggelsesforløb over 24 timers varighed udarbejder sygehuset en plejeforløbsplan på grundlag af den lagte behandlingsplan og sender den til kommunen. Plejeforløbsplanen skal indeholde de oplysninger, som er relevante og nødvendige for at kommunen tidligst muligt kan påbegynde forberedelserne til modtagelsen af borgeren i hjemmet - og ske under borgeren og evt. pårørendes inddragelse i drøftelserne.

Sygehuset udarbejder og afsender den første plejeforløbsplan **hurtigst muligt og senest 48 timer efter indlæggelsen.**

For **ukomplicerede udskrivningsforløb** tilskyndes sygehusene til at sende plejeforløbsplanen inden for det første indlæggelsesdøgn.

For **komplicerede udskrivningsforløb** anfører sygehuset i planen, hvis der er behov for udvidet koordinering:

Plejeforløbsplanen - bygger videre på indlæggelsesrapporten – og indeholder sygehusets supplerende oplysninger og vurdering af:

- Den aktuelle indlæggelse – herunder bl.a. tidspunkt for indlæggelse, forventet færdigbehandlingsdato, aftalt udskrivningsdato samt årsag til indlæggelse, forventet indlæggelsesforløb.
- Behov for yderligere koordinering – herunder f.eks. ændringer på bolig, hjælpemidler, behov for genoptræning, behov for hjemmesygepleje, behov for hjælp til medicinadministration, behov for

medicinindtagelse, behov for udskrivningskonference, aftalt dato og tidspunkt for udskrivningskonference.

- Forventede funktionsevner ved udskrivning.
- Dato og underskriver fra sygehuset.

Hvis en borger ikke forventes at kunne udskrives til sin hidtidige bolig, og ikke forventes at være i stand til at give informeret samtykke til flytning til anden bolig, informeres kommunen hurtigst muligt om den potentielle værgemålsag – via plejeforløbsplanen eller en revideret plejeforløbsplan.

Kommunen kvitterer for plejeforløbsplan

Kommunen læser og melder tilbage på den tilsendte plejeforløbsplan hurtigst muligt og senest hverdagen efter modtagelsen af plejeforløbsplanen, enten:

- Ved at kvittere for plejeforløbsplanen, således at dette gælder som en aftale eller
- Ved at hurtigst muligt at tage initiativ til en nærmere dialog om en udvidet koordinering af forløbet.

Kvitteringen bør som udgangspunkt ske ved elektronisk kommunikation (via korrespondancemeddelelse) eller alternativt via telefonisk kontakt til sygehuset.

Initiativet til den nærmere dialog kan foregå ved elektronisk kommunikation (korrespondancemeddelelse) eller telefonisk til den pågældende afdeling – og kan medføre en mødeaftale om en udvidet koordination – i form af f.eks. en udskrivningskonference.

Hvis kommunen vælger at stille spørgsmål via en korrespondancemeddelelse, svarer sygehuset **hurtigst muligt og senest efterfølgende hverdag**.

Behov for udvidet koordinering

Indikation for en udvidet koordinering af forløbet er, at dette vurderes som en mulig kompliceret udskrivning, hvorved forstås, at borgerens sundhedstilstand kan medføre:

- Væsentlige ændringer i borgerens/familiens situation i hjemmet eller i borgerens funktionsevne set i forhold til situationen før indlæggelsen.

Eksempler på væsentlige ændringer i funktionsevne og behov for personlig pleje: Ændres hjælpen fra ingen hjælp til en støttende hånd, ændres hjælpen fra klarer selv toiletbesøg til skal følges til og fra toilettet, ændres hjælpen fra klarer selv madlavning til hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden, ændres niveauet fra klarer selv forflytning til hjælpes via person eller hjælpemidler, ændres hjælpen til to eller flere besøg dagligt.

- Væsentlige ændringer vedrørende bopælskommunens indsats set i forhold til situationen inden indlæggelsen.

Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering eller udvidelse af (døgn)hjemmepleje, boligændring eller flytning til anden bolig, installation af hjælpemidler, etc.

Aftale om udskrivning

Den nærmere koordinering mellem sygehus og kommune sker på baggrund af en tværfaglig vurdering, der omfatter borgerens funktionsevne, og resulterer i en fælles plan for det videre forløb, herunder:

- Udskrivningstidspunkt og forberedelse af modtagelse.
- Omfang af behov for personlig pleje.
- Behov for sygepleje.
- Behov for madservice.

- Genoptræningsplan.
- Hjælpemiddelbehov og –levering.
- Evt. boligændringer.
- Aftale om første besøg af hjemmeplejen.
- Medicin.

Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes som en revideret endelig plejeforløbsplan. Planen noteres i de respektive journaler, hvorefter udskrivningen kan iværksættes, ifølge det aftalte.

Den udvidede koordinering (evt. udskrivningskonference) gennemføres senest **4 hverdage efter anmodningen om afholdelse af udskrivningskonferencen, men sygehuset færdigmelder borgeren, når denne er færdigbehandlet uafhængigt af, om konferencen er afholdt** jf. beskrivelsen i bilag 1 om færdigbehandlingsbegrebet.

Den endelige plejeforløbsplan/reviderede plejeforløbsplan danner udgangspunkt for udskrivningen og tilsendes kommunen **senest kl. 12 hverdagen før udskrivningstidspunktet – men sygehuset færdigmelder patienten, når denne er færdigbehandlet.**

2.3.3 Kommunikation ved færdigmelding

Melding om færdigbehandling - sygehus orienterer kommune

Hvis den aftalte udskrivningsdag er senere end færdigbehandlingsdagen sender sygehuset en ”Melding om færdigbehandling” til kommunen. For definition af færdigbehandlingsdagen, se bilag 1.

Formålet med servicemeddelelsen er bl.a., at kommunen kan danne et overblik over hvor mange færdigbehandlede borgere som endnu er indlagt.

2.3.4 Kommunikation ved udskrivning

Ved uplanlagt udskrivning - hvor en borger forlader sygehuset, uden at dette er aftalt - orienterer sygehuset kommunen herom, jf. kommunens tilgængelighedsoplysninger, evt. kontaktperson samt pårørende - hvis det vurderes nødvendigt af væsentlige hensyn til patienten eller andre.

Udskrivningsadvis og udskrivningsrapport - sygehus orienterer kommune

Når borgeren udskrives, sender sygehuset automatisk et ”udskrivningsadvis” til kommunen.

Herudover sender sygehuset kommunen ”udskrivningsrapporten”, som er den samlede beskrivelse af indlæggelsesforløbet, der danner grundlag for kommunens overtagelse af ansvaret for forløbet i samarbejde med borgerens egen læge.

Udskrivningsrapporten - bygger videre på indlæggelsesrapporten (og plejeforløbsplanen for indlæggelser over 24 timer) og aftalen om udskrivning – og indeholder supplerende oplysninger om bl.a.:

- Den aktuelle indlæggelse – herunder bl.a. tidspunkt for indlæggelse, færdigmelding og udskrivning samt årsag til indlæggelse, indlæggelsesforløbet, sygeplejehandlinger.
- Diagnoser.
- Funktionsevner ved indlæggelsen.
- Funktionsevner ved udskrivelse.
- Hjælpemidler.
- Aktuell medicin - samt oplysning om indgåede aftaler om afhentning eller udbringning af medicin.
- Aftaler omkring kost første døgn efter udskrivning.
- Fremtidige aftaler.

- Anbefaling om særlig opfølgning, eksempelvis opfølgende hjemmebesøg
- Forefindes genoptræningsplan – (Ja/Nej).
- Dato og underskriver fra sygehuset.

I udskrivningsrapporten skal den enkelte borgers livstilsbetingede sundhedsmæssige risiko fremgå. Ligeledes oplyses det, såfremt der er gennemført eller påbegyndt forebyggelsessamtaler og/eller forebyggelsesinterventioner. Endelig giver sygehuset en vurdering af, hvorvidt det anbefales kommunen at følge op på sygehusets indsats, herunder også i forhold til evt. hjemmeboende børn, der bliver påvirket af en forælders livsstil.

Findes der en genoptræningsplan, fremsender sygehuset denne til kommunen i DGOP format (MedCom standard).

Udskrivningsbrev/epikrise - sygehus informerer almen praksis

Efter hver indlæggelse sendes epikrise (udskrivningsbrev) til egen læge og henvisende læge **ved udskrivelsen** eller alternativt senest 3 hverdage efter udskrivelsen.

For borgere, der skal følges op af egen læge, fremsendes epikrisen eller alternativt udskrivningsnotatet ved udskrivelsen eller alternativt inden opfølgningen. I tilfælde af, at dette ikke er muligt kontaktes den praktiserende læge telefonisk – evt. via sekretær.

Epikrisen udarbejdes efter de til enhver tid gældende regionale retningslinjer for udarbejdelse af den gode epikrise. I gældende version (www.pri.rn.dk) fremgår det, at udskrivningsbrevet som minimum skal indeholde:

1. Navn på dikterende læge.
2. Årsag til henvisningen suppleret med henvisningsdiagnose.
3. Udskrivende sygehusafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse samt sundhedsfaglig kontaktperson under indlæggelsen.
4. Resumé af behandlingsforløb / relevante undersøgelser og fund.
5. Medicinstatus ved udskrivelse.
6. Sagt og aftalt med patienten og evt. pårørende.
7. Kort beskrivelse af patientens funktions- og helbredsmæssige status ved udskrivelsen samt ikke afsluttede undersøgelser.
8. Kort behandlingsplan med oplysninger om konkrete aftaler om efterbehandling og opfølgning – herunder evt. genoptræningsplan.
9. 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 en forælders livsstil.

3. Særlige forhold ved ambulante og stationære forløb

3.1 Udskrivningskonferencer

Ved behov for udvidet koordinering kan der afholdes udskrivningskonferencer. I konferencen deltager borgeren og evt. pårørende samt relevante fagpersoner fra sygehuset og kommunen.

De relevante fagpersoner fra kommunen defineres af kommunen. De relevante fagpersoner fra sygehuset defineres af sygehuset. I begge tilfælde ud fra en konkret vurdering af borgerens fremtidige behov.

Herunder skal det sikres, at personerne på udskrivningskonferencen har den nødvendige kompetence til at indgå alle aftaler om udskrivningen – i forhold til f.eks. træning, hjælpemidler, hjemmehjælp, hjemmesygepleje m.m.

Udskrivningskonferencer gennemføres senest 4 hverdage efter anmodningen om afholdelse af udskrivningskonferencen og så hurtigt, at borgerens ophold ikke forlænges unødigt, men færdigmeldes så snart de er færdigbehandlet. I denne forbindelse henvises til bilag 1 for en nærmere definition af færdigbehandlingsbegrebet.

På udskrivningskonferencer har den kommunale visitator, som udgangspunkt mødelederfunktionen, og sygehuset udfylder, som udgangspunkt aftaleskemaet/skriver resume.

Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes som en revideret endelig plejeforløbsplan. Planen noteres i de respektive journaler, hvorefter udskrivningen kan iværksættes ifølge det aftalte.

3.2 Prøveudskrivning – weekendbesøg – hjemmebesøg

Har borgeren gennemgået et længerevarende sygdomsforløb, eksempelvis neurorehabilitering, kan der ved gensidig aftale mellem sygehuset og kommunens visitation - i dialog med patient/pårørende - etableres prøveudskrivning/weekendbesøg. En prøveudskrivning på op til 3 dage registreres i det patientadministrative system som en orlov og ikke som en udskrivning. Der vil således ikke være tale om en ny indlæggelse efter endt orlov. I forbindelse med helligdage kan det aftales at forlænge orloven i op til to orlovsperioder.

Sygehuset kan selvstændigt - i dialog med borger/pårørende - bevilge orlov til de personer, der ikke har behov for kommunalydelser under orloven.

En udvidet koordinering af komplekse genoptræningsforløb kan finde sted ved fælles deltagelse i hjemmebesøg. Når sygehuset/lægen finder indikation for nødvendigheden af hjemmebesøg, aftales det i fællesskab mellem kommune og sygehus og i samarbejde med patienten, hvorvidt der er behov for hjemmebesøg.

3.3 Specifikke målgrupper

I vejledning for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fremgår det, at aftalen skal omfatte alle borgere, som har behov for en indsats fra aktører i region, kommune og almen praksis. Herunder fremgår det at specifikke grupper eksempelvis kan være børn, herunder nyfødte og deres forældre, socialt udsatte samt mennesker med handicap.

I forhold til **børn – herunder nyfødte og deres forældre** - er der behov for et skærpet fokus på:

1. Underretning jfr. servicelovens § 153

Videregivelse af oplysninger/bekymringer for et barn eller en ung person til de kommunale myndigheder i tilfælde af eksempelvis omsorgsvigt/børnemishandling eller selvmordsforsøg m.v., jfr. offentlige ansattes skærpede underretningspligt.

Når sygehuset bliver bekendt med, at en forælder til hjemmeboende mindreårige børn er indlagt, og hvor der under indlæggelsen ikke er en anden primær omsorgsperson, der kan tage vare på barnet/børnene, underrettes kommunen.

2. Kommunikation og samarbejde

Effektiv kommunikation i forbindelse med sektorovergangene for børn – herunder nyfødte og deres forældre – skal understøtte effektive og sammenhængende patientforløb.

Den elektronisk fødselsanmeldelse afsendes fra sygehusets fødselsregistreringssystem og sendes direkte ind i kommunens sundhedsplejesystem. Fødestederne sørger for at etablere en arbejdsgang, hvor **fødselsanmeldelsen sendes snarest muligt og typisk 2-6 timer efter fødslen**. Fødselsanmeldelsen indeholder oplysninger om barnet til oprettelse af barnejournal i kommunernes sundhedsplejelogbog. Hjemmefødsler registreres i de regionale fødselsregistreringssystemer.

Dagen efter udskrivning kontaktes den nybagte familie af jordemoder, der efter behov kan tilbyde hjemmebesøg. Den kommunale sundhedsplejerske har sit første besøg i familien op til ca. en uge efter udskrivning. Indtil sundhedsplejersken har været på besøg, har familien mulighed for at kontakte barselsambulatoriet/sygehus ved akutte problemer. Der henvises i øvrigt til "Fødselsplan for Region Nordjylland", september 2009 (www.rm.dk) for en uddybning af tilbuddene i forhold til graviditet, fødsel og barsel i Region Nordjylland.

3.4 Udskrivning af terminalt syge patienter

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

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

- Terminalt syge borgers ønske opfyldes så vidt, det kan lade sig gøre - med brug af alle kreative muligheder. Sygehuset udarbejder en statusattest, som indeholder oplysning, om at borgeren er terminal - borger med en uhelbredelig sygdom, som er fremadskridende og med forventet kort levetid. Denne status skal foreligge ved udskrivning eller ved udskrivningskonferencen.
- Der er mulighed for åben indlæggelse.
- Borgere i den terminale fase, (hvor tilstanden fører til døden inden for dage/få uger), som ønsker at tilbringe den sidste tid på sygehuset, er ikke omfattet af betalingsordning for færdigbehandlede på de somatiske sygehuse.
- Når en terminalt syg borger udtrykker ønske om at tilbringe den sidste tid på hospice, sender den henvisende læge en henvisning til hospice. For terminale borgere indlagt på hospice opkræver regionen færdigbehandlingstakst af borgerens bopælskommune, men afholder også driftsudgifterne til hospicetilbuddet.
- Kommunens primære sygeplejerske kan kontakte regionens palliative organisation (Det Palliative Team eller de regionale palliationssygeplejersker) om rådgivning og intervention i forhold til terminale problemstillinger.

3.5 Værgemål

Hvis en borger 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 borgeren efter videregivelsen af de nødvendige helbredsoplysninger til brug for kommunens ansøgning om værgemål.

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

3.6 Håndtering af medicin

Samarbejdsaftalens parter forpligter sig til løbende at opdatere indeværende aftale, hvis der kommer ændringer i forhold til håndtering af medicin.

3.6.1 Medicin før indlæggelse

I takt med at det Fælles Medicinkort (FMK) tages i brug, bør borgerens aktuelle medicinering findes her. Praktiserende læger og vagtlæger opdaterer FMK eller noterer den ordinerede medicin på henvisningen eller medsender hjemmeplejens medicinliste ved elektive og akutte indlæggelser, samt besked om at borgeren modtager dosispakket medicin. Desuden bliver borgeren bedt om at medbringe medicinliste. Har afdelingen brug for yderligere oplysninger vedrørende patientens medicin, kontaktes enten den kommunale visitation/hjemmesygepleje (jf. kommunale kontakliste) eller egen læge.

3.6.2 Almindeligt dispenseret medicin ved indlæggelse

I takt med at FMK tages i brug, bør borgerens aktuelle medicinering findes her.

Borgerens FMK er opdateret eller borgeren medbringer ajourført medicinliste.

Får borgeren medicin i form af spray, dråber, salve o. lign., kan det være en fordel at medbringe dette, så borgeren ikke skal undvære det, indtil afdelingen får fremskaffet medicinen. Ved nogle korterevarende indlæggelser kan borgeren blive bedt om at medbringe egen medicin hjemmefra. Dette vil fremgå af indkaldelsesbrevet.

Får borgeren desuden eksempelvis projektmedicin eller medicin udleveret fra andre sygehuse, medbringes dette også.

Sygehuset vurderer hos hver enkelt borger om deres egen medicin kan benyttes, eller om borgeren bør modtage sygehusets medicin under indlæggelsen.

3.6.3 Dosisdispenseret medicin ved indlæggelse

Borgerens FMK er opdateret eller borgeren medbringer ajourført medicinliste. I takt med at FMK tages i brug, bør borgerens aktuelle medicinering findes her. Det skal bemærkes, at det for nuværende ikke fremgår af FMK, hvorvidt borgeren får dosisdispenseret medicin.

Ved indlæggelse af en borger, der tager dosisdispenseret medicin, tages umiddelbart stilling til, hvilket af følgende scenarier der er relevant, og som derfor følges:

1. Der planlægges ikke ændringer af dosisdispenserede ordinationer (kan være relevant ved bl.a. diagnostiske indgreb, mindre kirurgiske indgreb mv.).
2. Ændring af et eller flere præparater i dosisdispenserede ordinationer (kan være relevant ved bl.a. akut indlagte medicinske patienter, større kirurgiske indgreb mv.).

Ad. 1: Der anvendes den dosisdispenserede medicin under indlæggelsen og borgeren bibeholder sin tilmelding til dosisdispensering. Slipper borgerens dosisdispenserede medicin op under indlæggelsen, rekvirerer sygehusafdelingen den næste rulle på det apotek, hvor borgeren er tilmeldt. Borgeren afholder som vanligt udgiften til medicinen, da denne ikke vedrører den aktuelle sygehusbehandling.

Ad. 2: Dosisdispensering seponeres på sygehuset og de resterende dosispakninger kasseres, efter at der er indhentet samtykke hertil fra den konkrete borger. Afdelingen afmelder dosisdispenseringen hurtigst muligt til apoteket. Afmelding sker ved, at en læge ansat på stamafdelingen, retter henvendelse til apoteket og afmelder telefonisk eller via standard (fax) blanket.

3.6.4 Almindelig doseret medicin ved udskrivelsen

Sygehuset opdaterer FMK og udskriver en medicinliste fra FMK. Denne medicinliste medgives borgeren og skal om nødvendig suppleres med yderligere oplysninger.

Recept på ny medicin og eventuelt recept på nuværende medicin – hvis borgeren mangler det – sendes fra FMK. Der laves aftale med borgeren eller eventuelt pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen på apoteket. Borgeren medgives medicin, så denne kan klare sig, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket. Er der ikke medsendt medicin så borgeren kan klare sig, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket – kontaktes den udskrivende afdeling, der sørger for udbringning af medicin.

Egen læge kan umiddelbart efter udskrivelsen se borgerens aktuelle medicin på FMK. Herudover skal medicineringen og en eventuel videre plan herfor fremgå af udskrivningsbrevet eller udskrivningsnotatet, jf. de regionale "Retningslinjer for udarbejdelsen af den gode epikrise" (www.pri.rn.dk).

3.6.5 Dosisdispenseret medicin ved udskrivelsen

Hvis der er foretaget en ændring af et eller flere præparater i dosisdispenserede ordinationer:

- Udfærdiges recept i FMK på samtlige ordinationer (i mindste pakningsstørrelser). Borgeren medgives medicin, så denne kan klare sig, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket. Er der ikke medsendt medicin så borgeren kan klare sig, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket – kontaktes den udskrivende afdeling, der sørger for udbringning af medicinen.
- Vurderer sygehusafdelingen, der er behov for hjemmesygeplejerske til ophældning af medicin, indtil egen læge har vurderet, hvorvidt dosisdispensering kan iværksættes. Et eventuelt behov for hjemmesygeplejerske meldes til relevant instans i patientens bopælskommune jf. kommunens tilgængelighedsoplysninger.
- Tilgår epikrisen den praktiserende læge ved udskrivning eller alternativt senest tre hverdage efter udskrivelse med meddelelse om, at der skal ske vurdering af nuværende ordination.
- Fornydes recept efter en - to uger hos egen læge, der vurderer eventuel tilmelding til dosisdispensering.

3.6.6 Medicin i forbindelse med ambulante forløb

Den aktuelle medicin ved patienter henvist fra egen læge fremgår af henvisningssedlen eller af et opdateret FMK.

Foretages der ændringer i almindelig doseret medicin:

- Fremgår denne af FMK sammen med al ambulatorierelevant medicin som minimum. Sygehuset medgiver borgeren om nødvendig en opdateret medicinliste fra FMK. Udskriften skal om nødvendig suppleres med yderligere oplysninger.
- Der sendes en recept fra FMK.
- Er der behov for administration og/eller hjælp til indtagelse af medicin, kontaktes kommunens visitation jf. kommunens kontaktoplysninger.

Foretages der ændringer i dosisdispenseret medicin - som seponering eller lavere dosis af et eller flere lægemidler:

- Sygehuset udfærdiger en recept i FMK på al medicin (i mindste pakningsstørrelser) til apoteket, hvor der samtidigt oplyses om afmelding af dosisdispensering.

- Der laves aftale med borgeren eller eventuelt pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen på apoteket, som noteres på FMK-recepten. Borgeren medgives medicin, så denne kan klare sig, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket.
- Ved tillæg af et lægemiddel eller ved dosisøgning af et allerede dosisdispenseret lægemiddel kan der udstedes en recept i FMK på det konkrete lægemiddel, indtil ændringen er gennemført i patientens dosisdispenserede medicin.
- Tidspunktet for endelig dosisjustering i dosisdispensering afgøres af egen læge, når borgeren er stabil medicineret.
- Er der behov for administration og/eller hjælp til indtagelse af medicin, kontaktes kommunens visitation, jf. kommunens tilgængelighedsoplysninger.

Efter hvert ambulatoriebesøg sender sygehuset meddelelse til egen læge umiddelbart, således at den nødvendige opfølgende behandling kan iværksættes. Som minimum skal ændringen af medicineringen fremgå både af ambulatorienotatet og af FMK, eventuelt tillige med en kopi af medicinlisten fra FMK, som om nødvendig er suppleret med yderligere oplysninger.

3.8 Forebyggelse af indlæggelser

Der henvises til Sundhedsaftale om behandling og pleje.