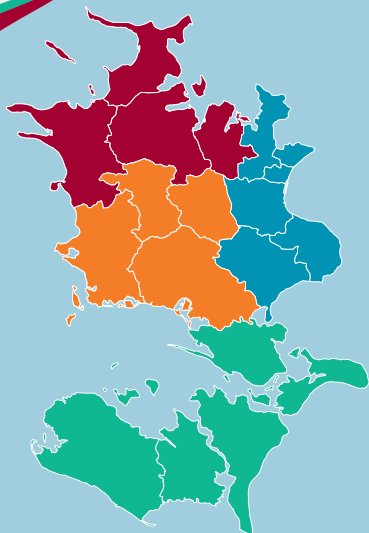




Sundhedsaftale
i Region Sjælland

2024-2027

KortOgGodt:

SAMARBEJDET OM INDLÆGGELSE
OG UDSKRIVELSE

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

SAMARBEJDET

Formålet med Sundhedsaftalen er at sikre sammenhæng i borgerens forløb mellem sygehuse, almen praksis og kommuner. Borgeren skal opleve sammenhæng, fleksibilitet og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet. Gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb afhænger af god dialog og høj grad af smidighed i samarbejdet gennem hele forløbet.

Udgangspunktet for samarbejdet er altid borgerens forløb. Det betyder, at tilbud tilpasses til borgerens ressourcer, ønsker og behov inden for de rammer, der er givet.

LÆS MERE I FÆLLES OM MERE SUNDHED

– SUNDHEDSAFTALEN 2024-2027

WWW.REGIONSJAE LLAND.DK/SUNDHEDSAFTALEN

SUNDHEDSAFTALEN I REGION SJÆLLAND

Denne pjece giver et overblik over, hvordan sygehuse, kommuner og patientens egen læge samarbejder om et sammenhængende forløb for patienten. Indholdet af denne pjece er et sammendrag af:

- Samarbejdsaftale for stationære behandlingsforløb
 - indlæggelse/udskrivelse samt ambulante forløb
(Disse afsnit er opdateret november 2025)
- Samarbejdsaftale for genoptræning og rehabilitering
(Disse afsnit er senest opdateret i 2019)

I samarbejdsaftalerne er kommunikation og samarbejde detaljeret beskrevet. Samarbejdsaftalerne findes under Sundhedsaftalens værktøjskasse.

www.regionsjaelland.dk/SA-stationaerbehandlingsforloeb

Samarbejde om hjælpemidler er beskrevet i afsnittet Hjælpemidler og behandlingsredskaber, som du finder i værktøjskassen for Genoptræning og rehabilitering:

www.regionsjaelland.dk/SA-genoptraening

HVERT AFSNIT I BOGEN BESKRIVER ARBEJDSFORDELINGEN PÅ SYGEHUS, ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNE.

INDHOLD

FOREBYGGELSE – SUNDE BORGERE – EN FÆLLES INDSATS	5
INDLÆGGELSEN	7
UNDER INDLÆGGELSEN	9
VED UDSKRIVNING	12
UDVIDET KOORDINERING I FORBINDELSE MED UDSKRIVNING	13
AMBULANTE FORLØB	14
GENOPTRÆNING OG REHABILITERING	16
GENOPTRÆNING PÅ SPECIALISERET NIVEAU	17
GENOPTRÆNING PÅ BASAL OG AVANCERET NIVEAU	18
AMBULANT KONTROL PÅ SYGEHUS MED RELATION TIL GENOPTRÆNING	19
FORTOLKNING – AFKLARINGSUDVALG	20

FOREBYGGELSE – SUNDE BORGERE

– EN FÆLLES INDSATS (Senest opdateret i 2019)

I kommuner, sygehuse og almen praksis skal vi i fællesskab bidrage til, at det bliver nemmere for borgeren at træffe sunde valg. Det handler blandt andet om at sikre adgang til rådgivning og støtte til at ændre usunde vaner. Effektiv forebyggelse handler også om at sikre borgeren støtte til at følge sin behandling, genoptræning eller andre aktiviteter, der forebygger forværring af sygdom.

Det betyder:

- At vi tænker forebyggelse i ethvert møde med borgeren
- At vi aktivt inddrager borgerens behov, ønsker, muligheder og pårørende i et sammenhængende forebyggende tilbud

Oplysninger om samt henvisningspraksis til kommunernes og sygehusenes tilbud inden for kost, rygestop, alkohol, motion og patientuddannelse ses på sundhed.dk.

Henvisning til forebyggelsestilbud fra praktiserende læge til kommunale tilbud sker elektronisk via henvisningsblanket.

Kommunikation

Kommunikation mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læge foregår elektronisk via indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan, korrespondancemeddelelser, udskrivningsrapport, genoptræningsplan og kan suppleres med telefonisk kontakt, planmøder og videomøder ved behov. Vi udveksler nødvendige oplysninger for at sikre patienten et sammenhængende forløb, og respekterer patientens ønsker i forhold til udveksling af oplysninger.

Sygehus og kommune samarbejder med patient og pårørende om at tilrettelægge et godt forløb, herunder afklaring af behov for hjælp, genoptræning, rehabilitering og/eller ambulant opfølgning efter udskrivningen.

INDLÆGGELSEN (opdateret november 2025)

Kommunikation ved indlæggelse:

Egen læge/vagtlæge henviser til sygehuset.

Henvisningen skal ske elektronisk fra lægesystemet. Hvis elektronisk henvisning undtagelsesvis ikke er mulig, meddeles oplysningerne telefonisk til vagthavende læge på sygehuset.

Patienter der er kendt i det kommunale omsorgssystem:

Hvis en kommunal medarbejder er til stede i hjemmet i forbindelse med indlæggelsen, har denne ansvar for at nedenstående medbringes:

- Sundhedsskort/billede-ID
- Nøgler til hjemmet
- Briller og høreapparat
- Et sæt tøj og et par skridsikre sko samt
- Evt. hjælpemidler, herunder ganghjælpemidler/kørestol
- Mobiltelefon og oplader
- Medicin: Medbringes i originale æsker. Dertil dosis-dispensering. Særlig medicin skal altid medbringes (fx inhalationsmedicin)

Sygehusets elektroniske patientjournal fremsender automatisk en avis til kommunens omsorgssystem, når patienten registreres som indlagt på sygehuset. Derved genererer

omsorgssystemet en automatisk indlæggelsesrapport med kommunens registrerede informationer om borgeren.

Ved behov for supplerende oplysninger skal kommunen sende **opdateret manuel indlæggelsesrapport hurtigst muligt og senest 8 timer efter, at indlæggelsesadvis er modtaget. Ved indlæggelse i nattevagt sendes den inden kl. 10.**

Alle oplysninger og opdateringer (inkl. standardinfo fra omsorgssystemet) skal om muligt bekræftes af patienten.

Hvis en kommunal medarbejder har været til stede ved indlæggelse, skal der som minimum manuelt udfyldes "årsag til indlæggelse" og beskrivelse af evt. forebyggelsestiltag. Hvis sygehuset efter modtagelse af indlæggelsesrapport mangler oplysninger, bruges korrespondancemeddelelse. Dosisdispensering afmeldes ved længere indlæggelser eller ved ændringer i medicinering. Afdelingen sender besked til udleveringsapotek via en korrespondancemeddelelse.

UNDER INDLÆGGELSEN (opdateret november 2025)

Sygehuset orienterer kommunen om plejeforløbsplan:

For patienter, der modtager eller skal modtage kommunale ydelser i eget hjem, laver sygehuset en elektronisk plejeforløbsplan (PFP) til kommunen.

PFP er en forberedende orientering til kommunen. Den sendes også hvis borgeren ikke har haft behov for hjælp tidligere. PFP rummer informationer om færdigbehandlings- og udskrivningsdato, funktionsevne, sygeplejefaglige problemområder samt behov for yderligere koordinering.

PFP sendes, når der er forholdsvis stor sikkerhed om færdigbehandlings-/udskrivelsesdato og senest kl. 13 dagen før udskrivelse.

Hvis der er væsentlige ændringer til PFP, der har betydning for kommunens planlægning af forløb efter udskrivelse, sendes en ny/opdateret PFP.

Patienten inddrages om muligt i udarbejdelse af plejeforløbsplan.



Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen:

Når kommunen har modtaget PFP, genererer omsorgssystemet automatisk en kvittering til sygehuset. Den automatiske kvittering gælder IKKE som accept af PFP.

I stedet kvitteres der **aktivt via en korrespondancemeddelelse – hurtigst muligt og senest næstkommende hverdag kl. 11.**

Der skal benyttes en af 3 svarkategorier til PFP:

- Plejeforløbsplan OK
- Uddybende spørgsmål
- Ønske om udvidet koordinering

Sygehuset besvarer kommunens spørgsmål hurtigst muligt og senest næstkommende hverdag kl. 11.

Udskrivelser i weekender og på helligdage skal ske efter aftale.

Når kommunen har kvitteret OK for PFP uden yderligere kommentarer, gælder PFP som aftale om udskrivelse.

Ved behov for yderligere oplysninger kontakter kommunen sygehuset via:

1. Korrespondancemeddelelse med emnefelt: Plejeforløbsplan.
2. Telefonisk.

Kommunen har dialog med patienten og visiterer til de hjælpeforanstaltninger, der er behov for efter udskrivelse.



Færdigbehandlet patient

– melding om færdigbehandling (MOF)

En patient meldes færdigbehandlet i stationært regi, når følgende er opfyldt:

- Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse ikke er 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. Det betyder, at plejeforløbsplan med relevante oplysninger er sendt til kommunen. De praktiske foranstaltninger som fx hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på udskrivningstidspunktet.
- Registreringen er uafhængig af forhold i hjemmet og kommunen der kan forsinke udskrivelsen.

KOMMUNIKATION VED UDSKRIVELSE

(opdateret november 2025)

Sygehuset sender udskrivesrapport:

- Udskrivende afdeling sender udskrivesrapport indeholdende en behandlingsplan og evt. en genoptræningsplan til hjemkommunen i løbet af udskrivesdøgnet og senest samtidig med at borgeren udskrives.
- Udskrivesrapporten indeholder bl.a.: Diagnoser, funktionsvurdering, behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler, behandlingsniveau, evt. information om 96-timers behandlingsansvar.

Patienten hjemsendes:

- Hjemsendelse sker ifølge aftale med kommunen. Kommunen sikrer intern koordinering. Sygehuset arrangerer hjemtransport.
- Der sendes automatisk et udskrivesadvis til kommunen samtidig med at patienten udskrives.

UDVIDET KOORDINERING (opd. nov. 2025)

Der kan være behov for udvidet koordinering mellem sygehus og kommune. Enten når der er væsentlige ændringer i patientens funktionsevne og/eller hjælpebehov, når der er flere samtidige indsatser og forløb i kommune og på sygehus, eller hvis borgeren selv har svært ved at sikre overblik og varetage egne behov.

PLANLÆGNINGSKONFERENCEN

Relevante aktører indkaldes efter behov. Kan foregå som videokonference, telefonkonference eller ved fremmøde.

Sygehusets ansvar:

- Indkalde patient, evt. pårørende, den kommunale visitationsenhed og relevant sygehuspersonale.
- Udfærdige beslutningsreferat inkl. forventet udskrivesdato (sendes via korrespondancemeddelelse).

Kommunens ansvar:

- Udpege relevante deltagere (f.eks. træningsvisitator) samt at tildele patienten hjælp, støtte mm. efter udskrivningen uden unødigt ventetid. Så patienten kan udskrives, når patienten er meldt færdigbehandlet.

Konferencen skal som minimum indeholde:

- Sygehuset fremlægger: Resume af patientens helbredssituation, undersøgelses- og behandlingsforløb, funktionsevne, fremadrettet behandlings- og genoptræningsplan.
- Patient og pårørende fremlægger problemer, behov og ønsker.
- Kommunens visitator orienterer om de behandlings-, pleje- og omsorgstilbud, borgeren kan bevilges.
- Dialog og aftaler omkring fremtidig indsats.
- Udskrivningstidspunktet fastlægges på baggrund af dialog.

AMBULANTE FORLØB

(afsnittet er tilføjet november 2025)

Egen læge eller sygehusafdeling henviser elektronisk til ambulant behandling. Sygehuset indkalder borgeren.

Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb

Sygehuset orienterer kommune og egen læge.

Praktiserende læge orienteres efter hvert ambulant besøg.

Kommunen orienteres løbende efter ambulante besøg, der medfører ændringer i det planlagte forløb, eller i forhold til andre forhold, der har betydning for kommune (fx behov for kommunale ydelser).

Orienteringen sker via en korrespondancemeddelelse (KM), som afsendes til kommunen inden kl. 14.00. For KM afsendt efter kl. 14.00 skal KM altid suppleres med telefonisk kontakt.

Det skal fremgå tydeligt af KM, om der er tale om: 1) orientering, 2) ønske om handling eller 3) ønske om faglig tilbagemelding.

Kommunen orienterer sygehuset om forhold i patientens situation, der har betydning for behandlingsforløbet.

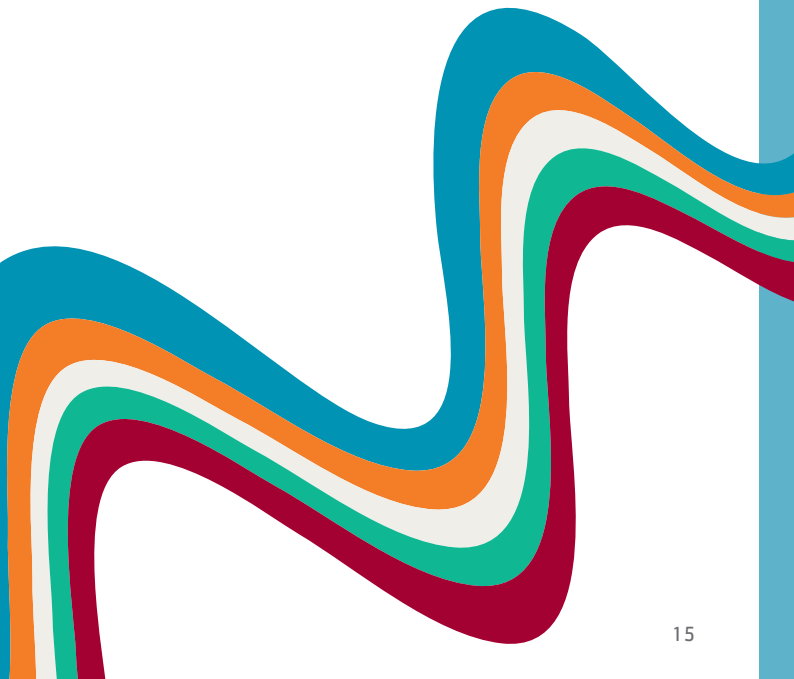
Orientering af ambulatoriet sker via KM forud for borgers besøg – in-den kl. 14.00 på sidste hverdag før det ambulante besøg. Sendes KM efter kl. 14.00 suppleres der altid med en telefonisk kontakt (inden for ambulatoriets åbningstid).

Kommunikation ved afslutning af et ambulant forløb

For patienter, der modtager eller skal modtage kommunale indsatser, orienterer sygehuset kommunen via KM.

Ved behov fremsendes elektronisk genoptræningsplan til kommunen. Behov for evt. hjælpemidler, forebyggende

tiltag eller rehabiliterende tiltag beskrives i KM. Med brug af faste overskrifter fra den nationalt aftalte kategoriliste for KM (fx "udskrivelse", "hjælpemidler", "forløbs-koordinering" eller "træning"). Sygehuset orienterer praktiserende læge via epikrise.



GENOPTRÆNING OG REHABILITERING

(senest opdateret i 2019)

Kommunerne har ansvaret for genoptræningen på basalt og avanceret niveau, samt rehabilitering på specialiseret niveau. Ambulant genoptræning på specialiseret niveau udføres på sygehuset. Se mere under Genoptræning og Rehabilitering i Værktøjskassen:

<https://www.regionsjælland.dk/fagfolk/sundhedsaftale-og-samarbejde>

- Kontakter patienten hurtigst muligt efter modtagelse

VED UDSCRIVNING FRA SYGEHUS

Sygehuset:

- Vurderer behov for genoptræning og udarbejder en elektronisk genoptræningsplan. I genoptræningsplanen angives kontaktoplysninger, hvortil kommunen kan henvende sig om spørgsmål til genoptræningsplanen.
- Orienterer patienten både mundtligt og skriftligt om, at genoptræning er omfattet af reglerne om "frit valg".
- Indhenter accept fra patienten og sender genoptræningsplanen elektronisk på udskrivningsdagen til:
 1. Kontaktsted for genoptræning i patientens kommune
 2. Patientens egen læge til orientering
 3. Ved genoptræning på specialiseret niveau på fremmed sygehus sendes genoptræningsplanen også dertil
- Udleverer genoptræningsplanen til patienten og sender den elektronisk til kommunen ved udskrivningen.
- Udarbejdelse og afsendelse af genoptræningsplan dokumenteres i journal med relevant kode.
- Besvarer henvendelser fra kommunen vedrørende genoptræningsplaner senest efterfølgende hverdag.

GENOPTRÆNINGSPLAN

Genoptræningsplanen er en MEDCOM-standard, som udfyldes og underskrives af læge, eller anden sundhedsfaglig person. I genoptræningsplanen specificeres det behov, som genoptræningen skal rettes imod at afhjælpe.

GENOPTRÆNING PÅ SPECIALISERET NIVEAU

(senest opdateret i 2019)

Sygehuset:

- Orienterer om, at patienten har ret til frit valg mellem tilbud vedrørende genoptræning på specialiseret niveau i offentlige sygehuse og på de privathospitaler, der har aftale med regionen. Andre sygehuses genoptræningsafdelinger kan, af kapacitetsmæssige årsager, afvise at modtage fritvalgs-patienter.
- Kontakter patienten hurtigst muligt efter modtagelse af genoptræningsplanen med henblik på at tilrettelægge genoptræningen.
- Melder tid og sted for patientens genoptræning på specialiseret niveau til patientens kommune, som sørger for befordring af patienten (i det omfang borgeren er berettiget)
- Påbegynder genoptræning, inden 7 kalenderdage fra genoptræningsplanen er udarbejdet, med mindre andet er angivet i genoptræningsplanen.
- Registrerer start- og slutkoder for genoptræningsforløbet.

GENOPTRÆNING PÅ BASAL OG AVANCERET NIVEAU (senest opdateret i 2019)

Kommunen:

- Modtager genoptræningsplan og kontakter patienten hurtigst muligt efter modtagelse af genoptræningsplanen.
- Påbegynder genoptræning inden 7 kalenderdage fra udskrivelsesdato, med mindre andet er aftalt inden udskrivelsen eller er angivet i genoptræningsplanen.
- Informerer 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 fritvalgs-patienter til genoptræning.
- Udarbejder plan for genoptræningen sammen med patienten.
- Hvis der er behov for faglig kontakt til sygehus om genoptræning, kontakter kommunen sygehuset på de opgivne kontaktoplysninger fra genoptræningsplanen.
- Sender afslutningsnotat til patientens egen læge ved afslutning af genoptræningen.

AMBULANT KONTROL PÅ SYGEHUS MED RELATION TIL GENOPTRÆNING

(senest opdateret i 2019)

Kommunen:

- Udarbejder ved behov statusnotat, som medgives patienten til kontrol.

Sygehuset:

- Sender notat fra kontrol til kommunen.
- Oplyser kommunen om patientens kontaktperson på sygehuset.

FORTOLKNING - AFKLARINGSRÅD

(senest opdateret i 2019)

Et afklaringsråd har til formål at afklare principielle problemstillinger på baggrund af aktuel uenighed om de forskellige sektors ansvarsområder.

Tre råd er nedsat inden for følgende områder:

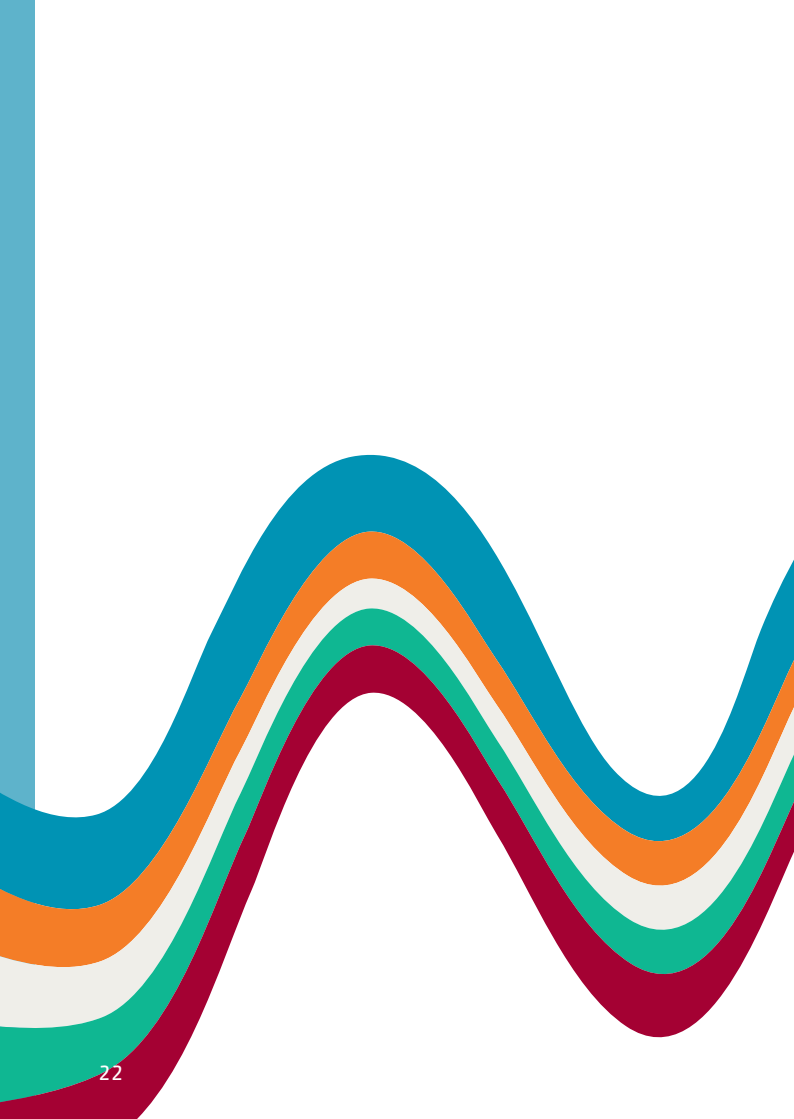
1. Behandling og pleje
2. Genoptræning og rehabilitering
3. Hjælpemidler og behandlingsredskaber

Hvert afklaringsråd består af en kommunal og regional repræsentant.

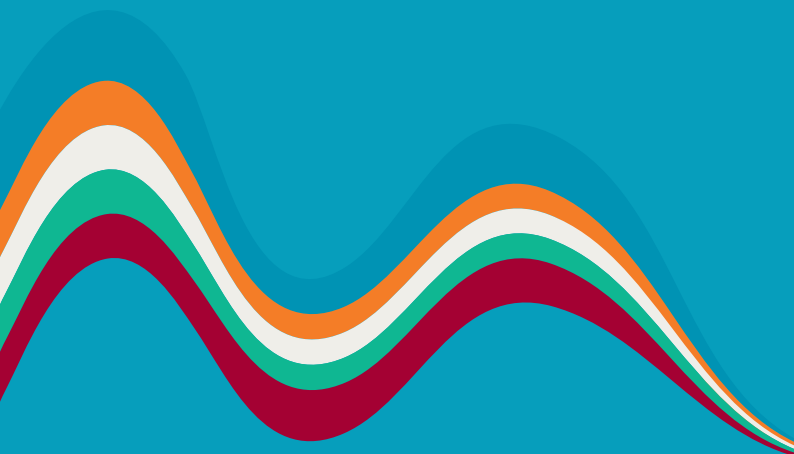
Kontaktoplysninger og afgørelser finder du her:

<https://www.regionsjaelland.dk/fagfolk/sundhedsaftale-og-samarbejde/vaerktoejskassen-og-tvivlsspørgsmaal/afklaringsraad>





FÆLLES MED BORGEREN OM BEDRE SUNDHED



LÆS MERE OM SUNDHEDSAFTALEN 2024-2027

WWW.REGIONSJAELLAND.DK/SUNDHEDSAFTALEN

