

SUNDHEDSAFTALE

I REGION SJÆLLAND 2019-2023

KortOgGodt:
SAMARBEJDET
OM INDLÆGGELSE
OG UDSKRIVELSE

KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND



-vi er til for dig

SAMARBEJDET

Region Sjælland og de 17 kommuner har 2019 indgået en ny sundhedsaftale.

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 2019-2023

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:

- Forløbsbeskrivelse for stationære behandlingsforløb - indlæggelse/udskrivelse

- Forløbsbeskrivelse for genoptræning og rehabilitering.

I forløbsbeskrivelserne er kommunikation og samarbejde detaljeret beskrevet. Forløbsbeskrivelserne findes i 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	10
	VED UDSKRIVNING	12
	UDVIDET KOORDINERING I FORBINDELSE MED UDSKRIVNING	14
	GENOPTRÆNING OG REHABILITERING	17
	GENOPTRÆNING PÅ SPECIALISERET NIVEAU	19
	GENOPTRÆNING PÅ BASAL OG AVANCERET NIVEAU	20
	AMBULANT KONTROL PÅ SYGEHUS MED RELATION TIL GENOPTRÆNING	21
	FORTOLKNING - AFKLARINGSUDVALG	22

FOREBYGGELSE – SUNDE BORGERE – EN FÆLLES INDSATS

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 adressen:
<http://kortlink.dk/sundhed/23cxb>

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 pårø-

rende om at tilrettelægge et godt forløb, herunder afklaring af behov for hjælp, genoptræning, rehabilitering og/eller ambulantly opfølgning efter udskrivningen.

INDLÆGGELSEN

Egen læge/vagtlæge:

- Oplyser alle relevante forhold på indlæggelsessedlen (herunder patientens navn og CPR-nummer, kendte sygdomme og medicin). Henvisningen sker elektronisk. Hvis elektronisk henvisning undtagelsesvis ikke er mulig, meddeles oplysningerne telefonisk til vagthavende læge på sygehuset.

Kommunen:

- Hvis en medarbejder er til stede i hjemmet i forbindelse med indlæggelsen, sikrer denne, at borgeren får sygesikringskort/billede-ID med.
- Sender nøgle til hjemmet, tøj, sko samt evt. mobiliseringshjælpemidler, briller og høreapparat med borgeren. (Særlig opmærksomhed i forhold til borgere, som har fysiske, psykiske eller sociale problemer).
- Hvis borgeren i forvejen modtager ydelser fra kommunen, bliver der automatisk fremsendt en indlæggelsesrapport til sygehuset, når borgerne registreres

indlagt. Her får sygehuset oplysninger om patientens funktionsniveau før indlæggelse, omfang af hjælp (sygepleje, hjælpemidler, madservice), boligforhold, medicin, træning og pårørende.

- Sikrer, at oplysninger i indlæggelsesrapporten bliver opdateret med:
 1. Oplysning om *årsag til indlæggelse*, så sygehuset kan arbejde videre på baggrund af indlæggelsesrapportens oplysninger.
 2. Navn på den kommunale kontaktperson.
 3. Specielle forhold vedr. kommunikation og pleje i forhold til patienten, f.eks. i forhold til patienter med demens eller palliation.

Sygehuset:

- Visiterer patienten til relevant behandlingsafsnit.
- Når borger, der får kommunale ydelser, bliver registreret indlagt, sender sygehuset automatisk indlæggelsesadvis til kommunen med bl.a. patientens navn og CPR-nummer samt kontaktoplysninger til afdelingen. Det fører til at alle kommunale ydelser sættes på pause (læs mere www.regionsjaelland.dk/SA-stationaerbehandlingsforloeb).
- Hvis borgerens forløb registreres som akut ambulat (eks. på skadestuen), og borgeren får kommunale ydelser, skal sygehuset telefonisk give kommunen besked om det akutte ambulante forløb, så kommunen kan tilrette ydelserne efter den aktuelle situation (læs mere www.regionsjaelland.dk/SA-ambulanteforloeb).
- Henter oplysninger i indlæggelsesrapporten og efterspørger via korrespondancemeddelelse evt. flere oplysninger fra kommunen.

- Har borgeren dosispakket medicin, følges D4 retningslinje om Dosisdispensering nr. 477461
- læs mere
www.regionsjaelland.dk/SA-dosisdispensering.

UNDER INDLÆGGELSEN

Sygehuset:

- Uanset om borgeren er kendt i kommunen, sender sygehuset plejeforløbsplan hurtigst muligt til kommunen med relevante informationer om foreløbig diagnose, forventet funktionsevne ved udskrivelse, forventet behov for sygepleje, personlig pleje, madservice, hjælpemidler, genoptræningsplan osv. efter udskrivelsen. Eventuelt ønske til udskrivningskonference samt forventet udskrivningsdato anføres.
- Inddrager patienten i udarbejdelse af plejeforløbsplan.
- Opdaterer og sender plejeforløbsplanen, når der er ændringer i patientens situation, som har betydning for kommunens planlægning af forløb efter udskrivelse. Opdatering indledes med angivelse af dato.
- Iværksætter på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering genoptræning som led i behandlingen, og vurderer behov for genoptræningsplan – se også www.regionsjaelland.dk/SA-stifinder.
- Udleverer behandlingsredskaber ved behov og sørger for information og vejledning i brugen af dem. Informerer kommunen om behov for hjælpemidler efter udskrivelse – se også www.regionsjaelland.dk/SA-hjaelpemidlerogbehandlingsredskaber.
- Vurderer om patienten har behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Oplyser borgeren om kontakt til kommunale tilbud eller henviser via XREF15 (henvisning til kommune, MedCom standard).

Kommunen:

- Kvitterer via korrespondancemeddelelse for modtagelsen af plejeforløbsplan med emnefelt: Plejeforløbsplan ok.



Plejeforløbsplan gælder herefter som aftale om udskrivelse

- Ved behov for yderligere oplysninger kontakter kommunen sygehuset via:
 1. Korrespondancemeddelelse med emnefelt: Plejeforløbsplan.
 2. Telefonisk.
- Ved behov for udvidet koordinering kontakter kommunen sygehuset, via korrespondancemeddelelse med emnefeltet: Udvidet koordinering.
- Har dialog med patienten og visiterer til de hjælpeforanstaltninger, der er behov for efter udskrivningen.

VED UDSKRIVNING

Sygehuset:

- Indgår aftale med kommunen om medicinadministration hos patienter, som får dosispakket medicin eller ikke selv kan administrere medicinen, så der ikke sker slip i den medicinske behandling.
- Giver medicin ordineret under indlæggelse med til først-kommende hverdag.
- Opdaterer FMK og udleverer udskrift af medicinstatus til patienten.
- Udleverer recept eller afsender elektronisk recept på al ny medicin og sikrer, at patienten eller dennes pårørende kan få medicinen fra apoteket.
- Udskrivende læge sikrer, at patienten har recepter (evt. flergangsrecepter) til det forventede behov (fx smertestillende efter kirurgi), til forventede kommende kontrol hos egen læge eller til ca. 3 måneder.
- Udskriver recepter på al medicin, hvis patientens dosisdispensering er seponeret.
- Informerer via epikrisen/ambulantnotat patientens læge om ændringer i medicin og om dosisdispensering er seponeret.
- Stiller behandlingsredskaber og apparatur, der er led i

behandlingen, til rådighed for patienten – se mere www.regionsjaelland.dk/SA-flowhjaelpemidler

- Sender udskrivningsrapport til kommunen med oplysninger om:
 1. Patientens medicin
 2. Pleje- og behandlingsplan
 3. Genoptræningsplan
 4. Ambulant kontrol
- Sender ved udskrivning epikrise til patientens læge med oplysninger om indlæggelsesforløb, behandling og medicin. Behov for opfølgning markeres i epikrisen.
- Ansvar for opfølgning i det aktuelle forløb ligger hos den udskrivende afdeling, indtil egen læge har modtaget epikrisen, eller sygehuset har haft direkte kontakt til egen læge. (Region Sjællands Dokumentportal ID 498889)
- Aftaler telefonisk, hvis der er væsentlige opgaver for egen læge med kort frist efter udskrivelse.
- Medgiver patienten kopi af udskrivningsrapport og genoptræningsplan ved udskrivelsen.
- Medgiver patienten kopi af epikrisen ved udskrivelsen.

UDVIDET KOORDINERING I FORBINDELSE MED UDSKRIVNING

Når der er væsentlige ændringer i patientens funktionsevne og/eller hjælpebehov, kan der være behov for udvidet koordinering - Se under 'Borgere med særlige behov' i Værktøjskassen: www.regionsjaelland.dk/SA-saerligebehov.

Sygehus, praktiserende læge og kommune kontakter hinanden. Den, der ser behovet, har initiativpligten. Udvidet koordinering kan ske ved:

1. It-kommunikation (Medcom)
2. Telefonisk kontakt
3. Videokonference
4. Fysisk fremmøde på sygehuset (planlægningskonference/netværksmøder)

Sygehuset:

- Udarbejder plejeforløbs- og behandlingsplan forud for konference, og sender den til kommunen og egen læge, så der er mulighed for at vurdere behov for hjemmebesøg som del af planlægning.
- Indkalder patienten, evt. pårørende, visitator/andre relevante eks. hjerneskade- eller demenskoordinator, evt. egen læge og relevant sygehuspersonale til planlægningskonference - se tekstboks **Planlægningskonferencen**.
- Vurderer, hvornår patienten ikke længere har behov for indlæggelse og er klar til udskrivelse (=færdigbehandlingsdato). Hvis der er forskel på færdigbehandlingsdato og aftalt udskrivningsdato, registreres patienten "færdigbehandlet" – se tekstboks: **Færdigbehandlet patient side 16**.
- Kontakter kommunen, når patienten er klar til

udskrivelse for at følge op på beslutninger, der er taget på planlægningskonferencen, herunder genbestilling af pleje, praktisk hjælp, sygepleje, serviceydelser og afhentning/levering af eventuel ny medicin.

- Orienterer kommunen, hvis patienten ikke kan udskrives på planlagte tidspunkt.

PLANLÆGNINGSKONFERENCEN

Ved konferencen resumerer sygehuspersonalet 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 om indsatsen.

Udskrivningstidspunktet fastlægges i dialog mellem patient/pårørende, sygehus, kommune og evt. egen læge. Beslutninger fremgår af beslutningsreferat, som skrives ind i plejeforløbsplanen.

Kommunen:

- Forbereder modtagelse af patienten.
- Stiller relevante ydelser til rådighed, herunder kommunal hjemmepleje, hjælpemidler, træning og kommunale botilbud.

- Sikrer koordination mellem forskellige forvaltningsområder, hvis borgerens forløb er kompliceret ved at involvere flere afdelinger, så borgeren oplever et sammenhængende forløb.
- Vurderer om patienten har behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, og i givet fald oplyser om kontakt til kommunale tilbud.

Egen læge:

- Orienterer sig i epikrise og følger op efter udskrivelse.
- Har ansvaret for at vurdere, hvornår patienten igen er stabilt medicineret, og om dosisdispensering skal genoptages. (læs mere www.regionsjaelland.dk/SA-dosisdispensering).

FÆRDIGBEHANDLET PATIENT

En patient registreres som 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 sygeplejerapport, evt. hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på udskrivningstidspunktet.
- Registreringen er uafhængig af forhold i hjemmet og kommunen der kan forsinke udskrivelsen.

Kilde: Registrering af færdigbehandlede patienter, Sundhedsstyrelsen 2013

Bekendtgørelse om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau BEK nr 1780 af 27/12/2016
Eller Sundhedsloven § 238, stk. 5 og 6, og § 251, stk. 2, i sundhedsloven

HJEMMEBESØG

- Som led i forberedelserne af udskrivningen, er hjemmebesøg som udgangspunkt alene kommunens opgave. Efter nærmere aftale kan sygehuset deltage i disse hjemmebesøg. Hjemmebesøg kan foranstalles i tilfælde, hvor borgerens funktionsniveau er reduceret i forhold til før indlæggelsen.

HJEMMEBESØG

GENOPTRÆNING OG REHABILITERING

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:

www.regionsjaelland.dk/SA-genoptraeningrehabilitering

VED UDSKRIVNING 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.

GENOPTRÆNINGSPPLAN

GENOPTRÆNINGSPPLAN

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.

Den gode genoptræningsplan.

<http://kortlink.dk/medcom/23cx9>

GENOPTRÆNING PÅ SPECIALISERET NIVEAU

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

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

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

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

Fire råd er nedsat inden for følgende områder:

1. Behandling og pleje
2. Genoptræning og rehabilitering
3. Hjælpe midler og behandlingsredskaber
4. Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Hvert afklaringsråd består af en kommunal og regional repræsentant.

Kontakt oplysninger og afgørelser finder du her:

www.regionsjaelland.dk/SA-afklaringsudvalg

FÆLLES MED BORGEREN OM BEDRE SUNDHED

LÆS MERE OM SUNDHEDSAFTALEN 2019-2023

WWW.REGIONSJAELLAND.DK/SUNDHEDSAFTALEN

