

Samarbejdsaftale om indlæggelser og udskrivelser

(Revideret november 2025)

Indhold

Indledning.....	2
Stationære behandlingsforløb	3
Udvidet koordinering inkl. planlægningskonference	9
Planlagte ambulante forløb	11
Akut ambulante forløb	13

Indledning

Det overordnede formål med den samlede samarbejdsaftale er at medvirke til at sikre velkoordinerede tværsektorielle forløb ved indlæggelse og udskrivelse.

Samarbejdsaftalen kan bruges som en manual og støtte i dagligdagen. Aftalen er handlingsanvisende og kan vejlede medarbejderne omkring samarbejdet på tværs af region, kommuner, almen praksis og i forhold til dialogen med borgeren. I aftalen indgår beskrivelser af handlinger, arbejdsgange og ansvarsfordeling.

Samarbejdsaftalen omfatter følgende forløb, opdelt i separate afsnit:

- Stationære forløb
- Forløb med udvidet koordinering
- Ambulante forløb
- Akut-ambulante forløb

Baggrund

Region Sjælland og kommunerne i regionen har i regi af Sundhedsaftalen udarbejdet en række samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer, der skal smidiggøre samarbejdet på tværs af sektorerne på sundhedsområdet. Til sammen omtales aftalerne som "Værktøjskassen". Denne samlede samarbejdsaftale omkring indlæggelser og udskrivelser er en del af værktøjskassen.

Aftalen tager afsæt i de nyeste faglige retningslinjer og viden, og er senest revideret og opdateret i 2025 ved en arbejdsgruppe med repræsentanter fra henholdsvis regionens sygehuse og kommunerne i regionen (bl.a. risikomanager, udskrivelseskoordinator og myndighedsleder).

Fra 1. januar 2026 er aftalen gældende for de områder, der fremadrettet hører under Sundhedsråd Østsjælland og Øerne samt Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland.

Kommunikation og samarbejde ved Stationære behandlingsforløb (somatik og psykiatri)

Omfatter kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Akutte og planlagte indlæggelsesforløb
- Patienter tilknyttet den kommunale hjemmepleje, nye såvel som kendte
- Forløb hvor der forventes ændringer i funktionsevne og dermed hjælpebehov

1	KOMMUNIKATION VED INDLÆGGELSE	
1.1	Egen læge henviser til sygehuset Henvisningen skal ske elektronisk fra lægesystemet. Henvisningen er udarbejdet i henhold til ”Den gode henvisning”¹. Hvis elektronisk henvisning undtagelsesvis ikke er mulig, meddeles oplysningerne telefonisk til vagthavende læge på sygehuset. Beskrivelsen af evt. palliative behov skal fremgå af henvisningen.	
1.2	Huskeliste for hvad borgeren skal medbringe ved indlæggelse Hvis en kommunal medarbejder er til stede ved indlæggelse, har kommunen ansvar for at nedenstående medbringes: • Sundhedskort/billede-ID • Nøgler til hjemmet • Evt. briller og høreapparat • Toiletsager • Et sæt tøj og et par skridsikre sko • Evt. hjælpemidler, herunder ganghjælpemidler/kørestol • Mobiltelefon + oplader • Medicin: Medbringes i originale æsker. Dertil dosisdispensering. Særlig medicin skal altid medbringes (fx inhalationsmedicin).	
1.3	Patienter der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter der <i>ikke</i> er kendt i det kommunale omsorgssystem
1.3.1	Sygehuset modtager og registrerer patienten tidstro Den elektroniske patientjournal afsender automatisk en avis til kommunens omsorgssystem, når patienten registreres som indlagt på sygehuset.	Sygehuset modtager og registrerer patienten tidstro Patientens registreres i den elektroniske patientjournal.

¹ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/henvisning-visitation/retningslinjer-for-henvisning/den-gode-henvisning/>

1.3.2	Indlæggelsen registreres i det kommunale system Sygehusets avis medfører, at omsorgssystemet genererer en <i>automatisk indlæggelsesrapport</i> med information fra kommunen til sygehuset. Rapporten indeholder de informationer, som kommunen har registreret om borgeren i den kommunale elektroniske omsorgsjournal. Den automatiske indlæggelsesrapport indeholder: • Kommunale kontakter (hjemmehjælp/sygepleje) • Lægeoplysninger • Pårørende/relationer • Hjælpemidler • Funktionsevnevurdering • Sygeplejefaglige problemområder • Hjælp/dag/aften/nat • Ydelsesoversigt • Boligform (ældrebolig/plejebolig) Hvis kommunen vurderer, at der er supplerende oplysninger til den automatisk genererede indlæggelsesrapport, skal kommunen sende en opdateret <i>manuel indlæggelsesrapport</i>. Den manuelle indlæggelsesrapport sendes hurtigst muligt, og senest 8 timer efter at indlæggelsesavisen er modtaget. Ved indlæggelse i nattevagt sendes inden kl. 10. Manuel indlæggelsesrapport udfyldes endvidere, hvis der er oplysninger til en eller flere af nedenstående punkter: • Beskrivelse af den aktuelle årsag til indlæggelse, samt observationer • Opdateringer ved ændringer i habituelle Funktionsevne • Hjælpemidler/behandlingsredskaber • Sygeplejefaglige problemområder • Oplysninger om sidste givning af depotmedicin • Særlige plejebenhov • Hvis borgeren kommer fra en plejebolig, eller midlertidig døgnplads • Om pårørende er informeret om indlæggelsen Alle opdateringer og oplysninger (inkl. standardoplysninger fra omsorgssystemet) skal om muligt altid verificeres af patienten. For at sikre at oplysninger er så retvisende som muligt. Har kommunens medarbejder været til stede i/ved det aktuelle forløb ved indlæggelse, skal der som minimum manuelt udfyldes "<i>årsag til indlæggelse</i>" og beskrivelse af evt. forebyggende	Sygehuset indhenter oplysninger Sygehuset indhenter selv relevante oplysninger fra borgeren, eventuelle pårørende/netværkspersoner og borgerens egen læge. Oplysningerne kan vedrøre: • Aktuel medicin • Fysisk/psykisk/social funktionsevne • Evt. brug af hjælpemidler • Boligens forhold • Pårørende, netværk og ressourcer • Andre sociale forhold af relevans, herunder tilknytning til arbejdsmarkedet
-------	---	---

	tiltag. Hvis sygehuset mangler oplysninger efter modtagelse af indlæggelsesrapport, anvendes korrespondancemeddelelse til opfølgning med kommunen.	
1.4	Suspendering af dosisdispensering Ved kortere forløb, og når der ikke er ændringer i patientens medicin, skal lægen intet foretage sig. Dosisdispensering afmeldes ved længere indlæggelser eller ved ændringer i medicinering. Afdelingen sender besked til udleveringsapoteket via en korrespondancemeddelelse i SP hurtigst muligt.	
2	KOMMUNIKATION VED PLANLÆGNING AF BEHANDLINGSFORLØB	
2.1	Sygehuset orienterer kommunen om plejeforløbsplan For patienter, der modtager eller skal modtage kommunale ydelser i eget hjem, udfærdiges en <i>plejeforløbsplan (PFP)</i> med forventet udskrivesdato. PFP sendes elektronisk til kommunen. Det vil sige, at PFP også skal sendes, hvis borgeren ikke har haft behov for hjælp tidligere. PFP påføres altid dato for opdatering. PFP indeholder relevante oplysninger jf. MEDCOM-standard. PFP fungerer som en forberedende orientering til kommunen om patientens forventede færdigbehandlings- og udskrivningsdato, funktionsevne, sygeplejefaglige problemområder, samt behov for yderligere koordinering. PFP giver således kommunen vigtig viden om borgeren, der skal bruges i forberedelsen af hjemtagningen af borgeren. Når der er forholdsvis stor sikkerhed om færdigbehandlings-/udskrivesdatoen, sendes PFP til kommunen. Hurtigst muligt og senest kl. 13 dagen før udskrivelsen, så kommunen har mulighed for at aktivere eller justere borgerens hjælp. Hvis der opstår ændringer, sender sygehuset en opdateret PFP for at orientere kommunen. I forløb, hvor der har været dialog med kommunen om yderligere koordinering, skal der sendes en opdateret PFP, når der er en sikker færdigbehandlings-/udskrivesdato. Hvis der er <i>væsentlige ændringer</i> til PFP, som indebærer ændringer i forhold til borgerens hjælpebehov, sendes der en ny/opdateret PFP til kommune. Det er vigtigt, at data er opdateret, så kommunen kun modtager aktuelle data. Patienten inddrages i udarbejdelsen og informeres om PFP.	
3	KOMMUNIKATION VED FORBEREDELSE AF UDSKRIVELSE	
3.1	Kommunikation og opfølgning efter modtagelse af plejeforløbsplan Når kommunen har modtaget PFP via systemet, genererer omsorgssystemet automatisk en kvittering til sygehuset – denne automatiske kvittering gælder <u>ikke</u> som en accept af PFP. Når kommunen accepterer eller besvarer PFP, gøres det aktivt via en korrespondancemeddelelse. Dette gøres hurtigst muligt og senest næstkommende hverdag kl. 11. Der er 3 svarkategorier til PFP: • plejeforløbsplan OK • uddybende spørgsmål • ønske om udvidet koordinering	

	Sygehusene besvarer kommunens spørgsmål hurtigst muligt og senest næstkommende hverdag kl. 11. Ved behov for udvidet koordinering kontakter sygehus, kommune og evt. praktiserende læge hinanden. Korrespondancemeddelelser læses to-tre gange pr. vagt af kommunen. Ud fra en vurdering af, i hvor høj grad der er tale om <i>væsentlige ændringer</i> i funktionsevne og hjælpebehov, kan den udvidede koordinering foregå ved: • Uddybet it-kommunikation • Telefonisk kontakt • Videokonference • Fysisk fremmøde på sygehuset (planmøder og netværksmøder)
3.2	Udskrivelse ifølge plejeforløbsplanen Når kommunen har kvitteret for/accepteret PFP med forventet udskrivesdato uden yderligere kommentarer, gælder PFP som aftale om udskrivelse. Har kommunen bemærkninger til PFP, kontaktes sygehuset (se afsnittet <i>Udskrivelse på baggrund af dialog</i> nedenfor). Den nærmere koordinering af udskrivelsen gennemføres hurtigst muligt efter sygehuset har afsendt PFP med forventet udskrivesdato. Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder: • Tidspunkt og forberedelse af modtagelse • Omfang af personlig pleje • Behov for sygepleje • Madservice • Genoptræningsplan • Rehabiliteringsbehov • Hjælpemiddelbehov og -levering • Evt. boligændringer • Aftale om 1. besøg af hjemmeplejen • Medicin: Hvad medgives, hvad skal afhentes / bringes ud fra apotek • Medicin, der er ordineret under indlæggelsen, medgives til næste hverdag • Evt. aftaler om specialiseret palliativ bistand fra sygehuset i hjemmet, f.eks. socialfaglig og fysioterapeutisk indsats • Evt. inddragelse af pårørende. Kommunen har ansvar for kontakten med pårørende. Fx har kommunen ansvaret for kontakt med pårørende ved APV, levering og modtagelse af hjælpemidler til hjem mv. Udskrivelse i weekender og på helligdage skal altid ske efter konkret aftale. Hvis aftalen om laves i hverdagene, drøftes det med en udskrivesvisitator. I weekenderne drøftes udskrivelsen med en hjemmesygeplejerske (hvis det er ydelser efter Sundhedsloven). Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes i en revideret endelig PFP fra sygehuset eller <i>statusnotat</i> fra Psykiatrien, medmindre andet aftales. Kommunen bidrager til udformning af planen med oplysninger om de kommunale ydelser. Kommunen sikrer intern koordinering.

3.3	Færdigbehandlet patient – melding om færdigbehandling (MOF) En patient meldes færdigbehandlet (MOF) 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 PFP med relevante oplysninger er sendt til kommunen. De praktiske foranstaltninger som f.eks. hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på udskrivningstidspunktet. • Registrering er uafhængig af forhold i hjemmet og kommunen, der kan forsinke udskrivelsen. Særligt for terminalt syge borgere: Hvis lægen vurderer, at borgeren er i den tidlige eller den sene palliative fase, kan borgeren meldes færdigbehandlet til kommunen efter overstående regler. Hvis borgeren er i den sidste/terminale fase, hvor borgeren er uafvendeligt døende (<u>Palliation - Klinisk vejledning for almen praksis, DSAM 2024</u>), kan borgeren godt være færdigbehandlet, men der kan <i>ikke</i> sendes MOF til kommunen. Dette er uafhængigt af, om der er udstedt en terminalerklæring.
4	KOMMUNIKATION VED UDSKRIVELSE
4.1	Sygehuset sender <i>udskrivelsesrapport</i> Udskrivende afdeling udfylder og afsender en <i>udskrivelsesrapport</i>, indeholdende en behandlingsplan og evt. en genoptræningsplan til hjemkommunen. I løbet af udskrivelsesdøgnen og senest samtidig med at borgeren udskrives. Udskrivelsesrapporten indeholder: • Stamdata • Indlæggelses- og udskrivelsesdato • Indlæggelsesårsag • Indlæggelsesforløb • Diagnoser • Funktionsvurdering • Behandlingsredskaber og / eller evt. behov for hjælpemidler • Medicinoplysninger • Behandlingsniveau • Evt. henvisning til opfølgende hjemmebesøg • Evt. kontrol i ambulatorium og terapi • Evt. behov for opfølgende besøg hos praktiserende læge • Evt. information om 96-timers behandlingsansvar² (for patienter som er omfattet) Patienten medgives en kopi af udskrivelsesrapporten og evt. genoptræningsplan.

² Jf. "Model for 96 timers behandlingsansvar efter indlæggelse" pr. maj 2025: <https://www.regionsjælland.dk/fagfolk/samarbejde/96-timers-behandlingsansvar-efter-sygehusindlaeggelse>

4.2	Patienten hjemsendes Hjemsendelse sker ifølge aftale med kommunen. Kommunen sikrer intern koordinering. Sygehuset arrangerer hjemtransport. Sygehuset registrerer patienten som udskrevet, og der sendes automatisk et <i>udskrivesadvis</i> til kommunen. Det er af stor vigtighed for kommunens anvendelse af advis'er, at registreringen foretages tidstro – dvs. samtidig med at patienten sendes hjem.
4.3	Sygehuset orienterer patientens egen læge Jf. gældende lovgivning skal epikrise fremsendes af sygehuset hurtigst muligt og inden for gældende tidsfrister for området, således at vigtig information ikke forsinkes unødigt. Der anvendes farvemarkering (rød-gul-grøn-hvid), som angiver patientens opfølgningsbehov, jf. Danske Regioners vejledning til farvemarkering af epikriser.³ Hvis der er væsentlige opgaver for den praktiserende læge eller opgaver med kort tidsfrist efter udskrivelse, skal disse planlægges via telefonisk kontakt til den praktiserende læge.

³ Link til vejledning: <https://www.regioner.dk/media/11371/faglig-vejledning-om-styrket-opfoelgning.pdf>

Udvidet koordinering inkl. planlægningskonference

Dette værktøj er et **supplement** til forløbsbeskrivelsen for stationære og ambulante forløb. Værktøjet omfatter kommunikation og samarbejde ved forløb med behov for udvidet koordinering mellem sygehus og kommune. Dette kan være følgende typer af forløb:

- En eller flere kommunale indsatser i kombination med et eller flere samtidige behandlingsforløb.
- Borgeren selv har svært ved at sikre overblik eller varetage egne behov.
- Der er væsentlige ændringer i patientens funktionsevne og/eller hjælpebehov.

Ved forløb med behov for udvidet koordinering skal der ved fælles hjælp tages hånd om:

- Kortlægning af samtlige indsatser, der er i gang/skal igangsættes. Sker i samarbejde med patient og pårørende samt evt. ledsager.
- Opmærksomhed på mulige konsekvenser af påtænkte/igangsatte indsatser, der skal håndteres i forhold til andre indsatser. Konsekvenserne afdækkes i samarbejde med patient, pårørende og evt. relevante andre.

Der kan f.eks. være tale om:

- Ukoordinerede aftaler på sygehus, i kommunen og hos praktiserende læge
- Familiære forhold og socialt netværk
- Boligforhold

Ved behov indkaldes til planlægningskonference for de relevante aktører.

Planlægningskonference

Sygehusets ansvar

Hvis sygehus og kommune mener, at der er behov for en videokonference, telefonkonference eller en konference med fremmøde, er det sygehusets ansvar at lave en indkaldelse, hvor det fremgår, hvordan konferencen skal foregå, samt hvornår. Sygehuset skal indkalde patienten, eventuelle pårørende, den kommunale visitationsenhed og relevant sygehuspersonale. Hvis et planlægningsmøde afholdes med fysisk fremmøde, så foregår det på sygehuset.

Det er sygehusets ansvar at udfærdige et beslutningsreferat, som sendes via en *korrespondancemeddelelse*. Heri indgår forventet udskrivesdato.

Kommunens ansvar

Det er kommunens ansvar at udpege relevante deltagere (f.eks. træningsvisitator).

Kommunen har ansvaret for at tildele patienten hjælp, støtte mm. efter udskrivningen uden unødigt ventetid. Så patienten kan udskrives, når patienten er meldt færdigbehandlet⁴.

⁴ Se definition af, hvornår en patient meldes færdigbehandlet under pkt. 3.3, "Færdigbehandlet patient – melding om færdigbehandling (MOF)" i aftaledelen ovenfor omkring "Kommunikation og samarbejde ved stationære behandlingsforløb".

Forløb af planlægningskonference

Det er hensigtsmæssigt, hvis sygehus og kommune er i dialog inden konferencen. Selve konferencen skal som minimum indeholde følgende elementer:

- Patientens helbredssituation, undersøgelses- og behandlingsforløb, samt funktionsevne og den fremadrettede behandlings- og genoptræningsplan skitseret ved sygehuspersonalet
- Patienten og eventuelle pårørende fremlægger deres syn på problemer, behov og ønsker i forbindelse med udskrivningen og fremtiden
- Den kommunale visitator orienterer om den hjælp, som borgeren kan tilbydes i eget hjem, samt om de øvrige behandlings-, pleje og omsorgstilbud, der kan bevilliges
- Dialog mellem parterne og afklaring af den fremtidige indsats, samt aftale herom
- Visitator vurderer og evt. udfylder diverse relevante ansøgningsskemaer i samråd med patient og evt. pårørende

Beslutninger skal fremgå af beslutningsreferatet (via korrespondancemeddelelse).

Kommunikation og samarbejde ved Planlagte ambulante forløb

Omfatter kommunikation og samarbejde i forbindelse med planlagte ambulante forløb af kortere eller længere varighed.

Definition af ambulant patient: En patient der er indskrevet i et ambulatorium. Forløb i dagafsnit betragtes som ambulant behandling.

Definition af ambulante forløb: Forløb hvor patienten ikke registreres som indlagt. Dvs. hvor der ikke afsendes en indlæggelsesadvis til kommunen. Dækker ophold på sygehus under 24 timer, fx dagkirurgi og daghospital.

1	KOMMUNIKATION VED AMBULANTE PLANLAGTE FORLØB
1.1	Egen læge eller sygehusafdeling henviser elektronisk til ambulant behandling
1.2	Sygehuset indkalder borgeren Ved modtagelse af henvisningen fremsender sygehuset indkaldelse til borgeren vedr. første ambulante kontakt. I henhold til gældende tidsfrister.
2	KOMMUNIKATION VED PLANLÆGNING AF BEHANDLINGSFORLØB
2.1	Sygehuset orienterer kommune og egen læge Praktiserende læge orienteres efter hvert ambulant besøg. Løbende orientering af kommune efter ambulante besøg, der medfører ændringer i det planlagte forløb, eller i forhold til andre forhold, der har betydning for kommune. Orienteringen sker via en <i>korrespondancemeddelelse</i> (KM), som afsendes til kommunen inden kl. 14.00. For KM afsendt efter kl. 14.00 skal KM altid suppleres med telefonisk kontakt. Hvis der er behov for kommunale ydelser før, under og efter afslutning af ambulant forløb i forhold til ovenstående, orienteres kommunen ligeledes via KM. Det skal fremgå tydeligt af KM, om der er tale om: • En orientering • Et ønske om handling • Et ønske om faglig tilbagemelding
2.2	Kommunen orienterer sygehuset Kommunen kontakter sygehuset og orienterer om forhold i patientens situation, der har betydning for behandlingsforløbet. Kommunikation fra kommunen til sygehuset om vigtig information forud for borgers besøg sker via KM. Kommunen afsender KM til ambulatoriet inden kl. 14.00 på sidste hverdag før det ambulante besøg. Sendes KM efter kl. 14.00, skal KM altid suppleres med en telefonisk kontakt, dog inden for ambulatoriets åbningstid.

3	KOMMUNIKATION VED AFSLUTNING AF ET AMBULANT FORLØB
3.1	For patienter, der modtager eller skal modtage kommunale indsatser, orienterer sygehuset kommunen via korrespondancemeddelelse Ved afslutning fremsendes ved behov en elektronisk genoptræningsplan til kommunen. Behov for evt. hjælpemidler, forebyggende tiltag eller rehabiliterende tiltag beskrives i KM. Med brug af de faste overskrifter fra den nationalt aftalte kategoriliste for KM. Fx "udskrivelse", "hjælpemidler", "forløbskoordinering" eller "træning".
3.2	Når patienten afsluttes, orienterer sygehuset praktiserende læge via epikrise.

Kommunikation og samarbejde ved Akut ambulante forløb

Omfatter kommunikation og samarbejde i forbindelse med korte forløb på Akutafdeling, hvor borgeren ikke bliver indlagt.

1	KOMMUNIKATION VED AKUT AMBULANTE FORLØB
1.1	Advis'en "akut ambulante" genererer automatisk en indlæggelsesrapport på de borgere, der er kendt af kommunen.
1.2	Huskeliste for hvad borgeren skal medbringe ved akut ambulante forløb Hvis kommunen er til stede ved indlæggelse, har kommunen ansvar for at nedenstående medbringes: • Sundhedskort/billede-ID • Nøgler • Evt. briller og høreapparat • Toiletsager • Et sæt tøj og et par skridsikre sko • Evt. hjælpemidler, herunder ganghjælpemidler/kørestol • Mobiltelefon og oplader • Medicin: Medbringes i originale æsker. Dertil dosisdispensering. Særlig medicin skal altid medbringes (fx inhalationsmedicin). Kommunerne tilføjer manuelt oplysninger om adresse for borgere på midlertidigt døgnophold.
2	KOMMUNIKATION VED AFSLUTNING AF ET AKUT AMBULANT FORLØB
2.1	BORGER FRA AKUT AMBULANT FORLØB TIL HJEMMET (For borgere som har behov for kommunale indsatser/hjælp.) Akutafdelingen sender <i>korrespondancemeddelelse</i> til kommunen. I korrespondancemeddelelsen indgår oplysninger om, hvis patienten er omfattet af 96 timers behandlingsansvar. (Pr. 1. juni 2026 udvides målgruppen for 96 timers behandlingsansvar til at omfatte ældre patienter på plejecentre med ophold i akutmodtagelsen, også under 24 timer.) Hvor Akutafdelingen forventer handling fra kommunens side inden for få timer, kontaktes kommunen <i>pr. telefon</i>. Kommunen læser indkomne korrespondancemeddelelser kontinuerligt.