

## Kommunikation og samarbejde ved Stationære behandlingsforløb (somatik og psykiatri)

**Omfatter** kommunikation og samarbejde i forbindelse med

- Akutte og planlagte indlæggelsesforløb
- Patienter, såvel nye som kendte, i den kommunale hjemmepleje
- Hvor der forventes mindre eller væsentlige ændringer i funktionsevne og dermed hjælpebehov

1.1	KOMMUNIKATION VED INDLÆGGELSE	
1.1.1	<p><b>Egen læge henviser til sygehuset.</b> Henvisningen skal ske elektronisk fra lægesystemet. Henvisningen er udarbejdet i henhold til ”Den gode henvisning”<sup>1</sup>. Beskrivelsen af evt. palliative behov skal fremgå af henvisningen. EORTC-QoL-15 kan eventuelt benyttes.</p>	
1.1.2	<p><b>Hvis kommunen er til stede ved indlæggelsen,</b> afgøres om plejepersonalet ledsager borgeren på sygehuset.</p> <p><b>I tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med,</b> skal borgeren have sygesikringskortet/billede-ID med, eller der påsættes et ID-armbånd. Der medsendes et sæt tøj og et par skridsikre sko til borgeren, samt evt. hjælpemidler, såsom briller og høreapparat. Særlig opmærksomhed i forhold til borgere, som har betydelige fysiske, psykiske eller sociale problemer.</p>	
1.2	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <i>ikke</i> er kendt i det kommunale omsorgssystem
1.2.1	<p><b>Sygehuset modtager og registrerer patienten tidstro.</b> Sygehusets patientadministrative system/EPJ afsender automatisk <i>indlæggelsesadvis</i> til hjemmeplejen/kommunens omsorgssystem i patientens hjemkommune, når patienten registreres som værende indlagt på sygehuset.</p> <p>Psykiatrien kommunikerer i øjeblikket ikke via Medcom med kommunen<sup>2</sup>. Psykiatrien fremsender så tidligt som muligt relevante oplysninger om indlæggelsen til kommunen. Kommunen sikrer intern koordinering.</p>	<p><b>Sygehuset modtager og registrerer patienten tidstro.</b> Patientens registreres i sygehusets patientadministrative system/EPJ.</p>
1.2.2	<p><b>Indlæggelsen registreres i det kommunale system.</b></p>	<p><b>Sygehuset indhenter oplysninger.</b> Sygehuset indhenter relevante oplys-</p>

<sup>1</sup> <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/sjaelland/patientforloeb/visitation-vejledninger/den-gode-henvisning/>

<sup>2</sup> Det forventes, at Medcom standarden ”TSM” vil blive implementeret i psykiatrien i løbet af aftaleperioden.

	<p>Sygehusets advis medfører et automatisk <i>indlæggelsesvar</i> fra hjemmeplejens omsorgsjournal i patientens hjemkommune til sygehusets patient-administrative system/EPJ.</p> <p>For patienter, der er indlagt i psykiatrien, sikrer kommunen, at der manuelt sendes et <i>indlæggelsesvar</i>.</p> <p><i>Indlæggelsesvar</i> oplyser bl.a. patientens kontaktperson (sted) i kommunen med tlf.nr. og træffetid.</p> <p>Indlæggelsesvar kan læses uden samtykke.</p> <p>Kommunen fremsender automatisk <i>indlæggelsesrapport</i>.</p> <p>Rapporten oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lægeoplysninger</li> <li>• Pårørende</li> <li>• Aktuel medicin</li> <li>• Hjælpemidler</li> <li>• Hjemmehjælp/sygepleje</li> <li>• Boligform (ældrebolig/plejebolig)</li> <li>• Hjælp / dag / aften / nat</li> </ul> <p>Kommunen fremsender, når det er relevant og hurtigst muligt en opdateret manuel <i>indlæggelsesrapport</i>.</p> <p>Har medarbejder været til stede i/ved det aktuelle forløb ved indlæggelse, udfyldes som minimum ”årsag til indlæggelse” og beskrivelse af evt. iværksat forebyggende tiltag.</p> <p>Kommunen skal gøre opmærksom på, hvis der er specielle forhold vedr. f.eks. kommunikation og pleje i forhold til patienten, f.eks. i forhold til patienter med demens.</p> <p>For patienter, der er indlagt i psykiatrien, sikrer kommunen, at der manuelt sendes en <i>indlæggelsesrapport</i>.</p> <p><i>Indlæggelsesrapporten</i> kan sygehuset læse efter at have indhentet samtykke fra patienten.</p> <p>Hvis sygehuset efter modtagelse af <i>indlæggelsesrapport</i> mangler oplysninger, kontaktes kommunen.</p>	<p>ninger fra borgeren, eventuelle pårørende/ netværkspersoner og borgerens egen læge.</p> <p>Oplysningerne kan vedrøre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuel medicin</li> <li>• Fysisk/psykisk/social funktionsevne</li> <li>• Evt. brug af hjælpemidler</li> <li>• Boligens forhold</li> <li>• Evt. vaner, der bør tages hensyn til</li> <li>• Pårørende og ressourcer i omgivelserne.</li> <li>• Andre sociale forhold af relevans for evt. palliativ indsats, herunder tilknytning til arbejdsmarkedet.</li> </ul>
1.2.3	<p><b>Patienten medbringer medicin og evt. personlige hjælpemidler til sygehuset.</b></p> <p>Medicin og dosisdispenseringsbog /skema m.v., hjælpemidler, f.eks. ganghjælpemidler/kørestol.</p> <p>Ved akutte indlæggelser rekvirerer sygehuset me-</p>	<p><b>Sygehuset rekvirerer evt. medicin og personlige hjælpemidler fra hjemmet, evt. ved hjælp af pårørende.</b></p> <p>Sygehuset tager stilling til evt. suspen-</p>

	<p>dicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende.</p> <p>Kommunen suspenderer kommunale ydelser i hjemmet.</p> <p>Sygehuset tager stilling til evt. suspendering af dosisdispensering. Kontakt til apoteket. Pausering eller seponering i FMK.</p>	<p>dering af dosisdispensering. Kontakt til apoteket. Pausering eller seponering i FMK.</p>
1.2.4	<p><b>Sygehuset modtager kommunens oplysninger.</b></p> <p>Sygehuset oplyser automatisk kommunen via første <i>plejeforløbsplan</i> om afsnittets telefonnummer.</p>	<p><b>Hvis sygehuset vurderer behov for kommunale ydelser.</b></p> <p>Sygehuset kontakter elektronisk kommunen via <i>plejeforløbsplan</i> om oprettelse i det kommunale system. Dette sker så hurtigt som muligt efter indlæggelsen. Formålet er at give kommunen besked om, at borgeren skal oprettes i det kommunale system mhp. senere elektronisk kommunikation.</p>
<b>1.3</b>	<b>KOMMUNIKATION VED PLANLÆGNING AF BEHANDLINGSFORLØB</b>	
1.3.1	<p><b>Sygehuset gennemfører indlæggelsessamtale med patient og evt. pårørende.</b></p> <p>Indlæggelsessamtalen føres på grundlag af henvisningen fra den praktiserende læge/vagtlæge, samt indlæggelsesrapport fra kommunen. Samtalen skal omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastlæggelse af sygehuskontaktpersoner</li> <li>• Evt. (palliativ) kontaktperson i kommunen</li> <li>• Årsag til indlæggelse, samt diagnostik- og behandlingsplan</li> <li>• Information til patienten om forventning til indlæggelsesforløb og udskrivelse</li> <li>• Patientens habituelle tilstand</li> <li>• Patientens evt. palliative behov, herunder sondring imellem behov for basal og specialiseret palliativ indsats. Ved palliativt behov tildeles palliativ tovholder, der koordinerer indsats og sikrer information til <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommune</li> <li>○ Praktiserende læge</li> <li>○ Sygehusafdelinger</li> </ul> </li> <li>• Indhentning af informeret samtykke til behandling</li> <li>• Evt. underretning af og aftaler med pårørende</li> </ul> <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal.</p>	
1.3.2	<p><b>Sygehuset gennemfører diagnostik og behandling.</b></p> <p>Der lægges foreløbig behandlingsplan inklusiv medicinafstemning. Der foretages lægefaglig vurdering, eller vurdering på lægefagligt ansvar, af behovet for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genoptræning</li> <li>• Rehabilitering, f.eks. socialpsykiatrisk tilbud, støtte til fastholdelse på arbejdsmarkedet, uddannelse, mv.</li> <li>• Koordineret hjemmebesøg (fx følge-op-ordning, geriatrik team, palliativt team)</li> <li>• Behandlingsredskaber</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebyggelse</li> <li>• Palliativ indsats – der sondres mellem basal og specialiseret indsats, herunder social indsats og palliativ genoptræning og rehabilitering, samt behov for hjælpemidler</li> </ul> <p>Konklusioner på vurderinger angives i <i>plejeforløbsplan</i> til kommunen for de patienter, hvor <i>plejeforløbsplan</i> afsendes, jf. 1.3.3.</p>
1.3.3	<p><b>Sygehuset orienterer kommunen om plejeforløbsplan</b></p> <p>For patienter, der modtager eller skal modtage kommunale ydelser i eget hjem, udfærdiges en <i>plejeforløbsplan</i>, der sendes elektronisk til kommunens hjemmepleje, når denne kendes.</p> <p>Psykatrien fremsender så tidligt som muligt i forløbet et <i>notat</i> med relevante oplysninger til kommunen. Kommunen sikrer intern koordinering.</p> <p>Plejeforløbsplan indeholder relevante oplysninger som:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientidentifikation</li> <li>• Foreløbig diagnose</li> <li>• Forventet funktionsevne ved udskrivelse</li> <li>• Forventet behov for pleje og praktisk bistand efter udskrivelse</li> <li>• Forventet behov for genoptræning, hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger</li> <li>• Fælles plan for palliation til kræftramte borgere og evt. samarbejde med specialiseret palliativt team i patientens eget hjem</li> <li>• Evt. behov for udvidet koordinering af udskrivelsen, se 1.4.1</li> <li>• Forventet udskrivelsestidspunkt</li> <li>• Sygehuset kontaktpersoner og -afdeling</li> <li>• Fremtidige aftaler</li> </ul> <p><i>Plejeforløbsplanen</i> fungerer som en forberedende orientering til kommunen om patientens udskrivelse.</p> <p>Patienten inddrages i udarbejdelsen og informeres om <i>plejeforløbsplanen</i>.</p> <p>Kommunen læser indkomne <i>plejeforløbsplaner/notater</i> fra psykiatrien kontinuerligt.</p> <p>Ved <i>væsentlige ændringer</i><sup>3</sup> af <i>plejeforløbsplanen</i> sendes denne på ny til kommunen. Ligeledes sender psykiatrien så tidligt som muligt nye oplysninger til kommunen, hvis der opstår væsentlige ændringer af relevans for kommunen.</p> <p>Der tages stilling til, om der skal bestilles tid hos den praktiserende læge efter udskrivelsen.</p>
1.4	<p><b>KOMMUNIKATION VED FORBEREDELSE AF UDSKRIVELSEN</b></p>
1.4.1	<p><b>Kommunen kvitterer for plejeforløbsplan</b></p> <p>Når kommunen har læst <i>plejeforløbsplanen</i>, sendes kvittering til sygehuset via en <i>korrespondancemeddelelse</i>.</p> <p>Når kommunen har læst <i>notatet</i> fra psykiatrien, sendes kvittering til psykiatrien.</p> <p>Kommunen kan supplere med:</p>

<sup>3</sup> Definition af *væsentlige ændringer*: Flere besøg, boligændringer, behov for behandlingsredskaber eller hjælpemidler, der ikke en er del af kommunens lager.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uddybende spørgsmål</li> <li>• ønske om udvidet koordinering</li> </ul> <p>Sygehus, praktiserende læge og kommune kontakter hinanden ved behov for udvidet koordinering.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uddybet it-kommunikation</li> <li>2. Telefonisk kontakt</li> <li>3. Videokonference</li> <li>4. Fysisk fremmøde på sygehuset (plan-møde/netværksmøder i psykiatrien ved behov for iværksættelse af nye, væsentlige initiativer i kommunen efter udskrivelse).</li> </ol> <p>Ved udskrivningen af en person med demens, skal der efter indhentning af samtykke fra patienten, tages kontakt til visitationsenheden, samt til den kommunale demenskonsulent. De pårørende skal informeres om diagnosen, samt om at der er taget kontakt til den kommunale visitationsenhed og den kommunale demenskonsulent.</p> <p>Kommunen vurderer og tager stilling til, om der er brug for kommunal forberedelse af patientens udskrivelse.</p>	
1.4.2	<p><b>Udskrivelse ifølge <i>plejeforløbsplanen</i>.</b></p> <p>Når kommunen har kvitteret for /accepteret <i>plejeforløbsplanen</i> uden yderligere kommentarer, gælder <i>plejeforløbsplanen</i> som aftale om udskrivelse. Har kommunen bemærkninger til <i>plejeforløbsplanen</i>, kontaktes sygehuset (se afsnit <i>Udskrivelse på baggrund af dialog</i>).</p>	<p><b>Udskrivelse på baggrund af dialog</b></p> <p>Den nærmere koordinering af udskrivelsen gennemføres hurtigst muligt efter sygehusets afsendelse af <i>plejeforløbsplanen/notat</i> fra psykiatrien. Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidspunkt og forberedelse af modtagelse</li> <li>• Omfang af personlig pleje</li> <li>• Behov for sygepleje</li> <li>• Madservice</li> <li>• Genoptræningsplan</li> <li>• Rehabiliteringsbehov</li> <li>• Hjælpemiddelbehov og -levering</li> <li>• Evt. boligændringer</li> <li>• Aftale om 1. besøg af hjemmeplejen</li> <li>• Medicin: Hvad medgives, hvad skal afhentes / bringes ud fra apotek</li> <li>• Medicin, der er ordineret under indlæggelsen, medgives til næste hverdag</li> <li>• Evt. kontrol i ambulatorium og terapi</li> <li>• Evt. aftaler om specialiseret palliativ bistand fra sygehuset i hjemmet, f.eks. socialfaglig og fysioterapeutisk indsats</li> <li>• Evt. behov for opfølgende besøg ved egen læge.</li> </ul>

		<p>Udskrivelse i weekender og på helligdage kan ske efter aftale.</p> <p>Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes i en revideret endelig <i>plejeforløbsplan</i> af sygehuset eller <i>statusnotat</i> fra psykiatrien med mindre andet aftales.</p> <p>Kommunen bidrager til udformning af planen med oplysninger om de kommunale ydelser. Kommunen sikrer intern koordinering.</p>
<b>1.5</b>	<b>KOMMUNIKATION VED UDSKRIVELSE</b>	
1.5.1	<p><b>Sygehuset sender <i>udskrivelsesrapport</i>.</b></p> <p>Via sygehusets patientadministrative system/EPJ udfylder og afsender udskrivende afdeling i løbet af udskrivelsesdøgnet, og senest samtidig med at borgeren udskrives, en <i>udskrivelsesrapport</i> til hjemkommunen, samt <i>plejeforløbsplan</i> og evt. <i>genoptræningsplan</i>.</p> <p>Udskrivelsesrapporten indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stamdata</li> <li>• Indlæggelses- og udskrivelsesdato</li> <li>• Indlæggelsesårsag</li> <li>• Indlæggelsesforløb</li> <li>• Diagnoser</li> <li>• Funktionsvurdering</li> <li>• Behandlingsredskaber og / eller evt. behov for hjælpemidler</li> <li>• Medicin</li> <li>• Evt. henvisning til opfølgende hjemmebesøg</li> </ul> <p>I psykiatrien udveksles relevante oplysninger på netværksmøde, samt i <i>statusnotat</i>. Kommunen sikrer intern koordinering.</p>	
1.5.2	<p><b>Kommunen sikrer, at kommunale ydelser er retableret og forbereder modtagelse af patienten.</b></p> <p>Modtagelse tilrettelægges ifølge aftale med sygehuset. Nye ydelser visiteres.</p>	
1.5.3	<p><b>Sygehuset gennemfører udskrivessamtalen med patienten.</b></p> <p>Udskrivessamtalen omfatter information til patienten og evt. pårørende og skal omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indledende samtale og forventningsafstemning med patienten og evt. pårørende i forhold til ønsker, behov for yderligere information, afklarende spørgsmål og evt. bekymringer.</li> <li>• Gennemgang af diagnostik og behandlingsforløbet</li> <li>• Gennemgang af aftaler om efterbehandling, kontrol, evt. videre palliativ indsats og evt. genoptræning samt evt. behandlingsredskaber</li> <li>• Gennemgang af aftaler med praktiserende læge og kommunen (herunder kontaktoplysninger til kommunen)</li> <li>• Relevante sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag.</li> </ul> <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal.</p> <p>Patienten medgives en kopi af den <i>udskrivelsesrapport</i>, som fremsendes til kommunen og evt. <i>genoptræningsplan</i>.</p>	



	<p>Ambulante tider aftales / bestilles. Ved behov bestilles tid hos den praktiserende læge.</p> <p>Samlet plan indeholdende aftaler, relevant information og oversigt over videre forløb udleveres til patienten - Borgerens plan<sup>4</sup>.</p>
1.5.4	<p><b>Patienten hjemsendes.</b> Hjemsendelse sker ifølge aftale med kommunen. Kommunen sikrer intern koordinering.</p> <p>Sygehuset arrangerer hjemtransport. Sygehuset registrerer patienten som udskrevet, og der sendes automatisk et <i>udskrivelsesadvis</i> til kommunen. Det er af stor vigtighed for kommunens anvendelse af advisemeddelelser, at registreringen foretages tidstro, altså samtidig med at patienten sendes hjem. Ved behov kan egen læge kontaktes.</p>
1.5.5	<p><b>Sygehuset orienterer patientens egen læge.</b> Sygehuset afsender epikrise i henhold til ”<i>Den gode epikrise</i>”<sup>5</sup> til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen, i henhold til gældende kvalitetsmål. Epikrisen skal indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose</li> <li>• Dikterende læge</li> <li>• Årsag til henvisning</li> <li>• Resumé af forløbet</li> <li>• Medicinstatus herunder dosisdispensering, information om evt. seponeret medicin og årsag til dette samt evt. ændringer</li> <li>• Information til patienten</li> <li>• Ikke afsluttede undersøgelser</li> <li>• Evt. sygemelding</li> <li>• Evt. socialmedicin</li> <li>• Evt. efterbehandling</li> <li>• Tiltag i relation til ”kritisk sygdom”</li> <li>• Fælles plan i relation til rehabilitering og palliation ifm. kræft</li> <li>• Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse med angivelse af evt. specielle behov</li> <li>• Behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler.</li> <li>• Vedr. patienter med demens skal det fremgå, om der er taget kontakt til den kommunale demenskonsulent med angivelse af, hvem denne eventuelt er, samt hvilken information de pårørende har fået. Ved mistanke om demens skal det fremgå, om den praktiserende læge skal tage initiativ til udredning for demens.</li> </ul> <p>Evt. <i>genoptræningsplan</i> sendes elektronisk.</p> <p>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.</p>

<sup>4</sup> Der skal udvikles et værktøj.

<sup>5</sup> <http://d4.regsj.intern/doks/dokument.asp?DokID=217232&q=den%20gode%20epikrise&qAll=1>

Alternativt kan sygehuset selv planlægge opgaverne, fx bestille blodprøvetagning på den immobile patient.

Indtil den praktiserende læge har modtaget epikrisen, har den udskrivende afdeling ansvaret for det konkrete forløb og er tilgængelig for spørgsmål og opfølgning, hvis der opstår behov herfor.