

Sundhedsaftaler



Hjælpeværktøj til implementering af sundhedsaftalerne på Sygehus Lillebælt

Udarbejdet af
Oversygeplejerske Birthe Nielsen, Planlægning
Kvalitetskoordinator Inge Pedersen, Kvalitetsafdelingen
Marts 2009
Oktober 2009, ambulante del revideret i forhold til ambulante korrespondance

Indhold

Formål og anvendelse	3
Den danske Kvalitetsmodel	3
Proceskort.....	3
Kommunikation og samarbejde ved ambulante forløb	4
Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb < 24-48 timer	10
Kommunikation og samarbejde vedrørende behandlingsforløb > 24 – 48 timer	20
Oversigt over standarder fra DDKM	35
Udarbejdelse af retningsgivende dokumenter	35

Formål og anvendelse

Dette dokument skal ses som et hjælpeværktøj til den proces, der videre skal foregå indenfor de enkelte afdelinger i forbindelse med implementering af aftalerne i SamBo, Samarbejde om borger/patientforløb i Region Syddanmark, som vedrører:

- Kommunikation og samarbejde vedrørende indsats før evt. ambulans forløb eller indlæggelse
- Kommunikation og samarbejde vedrørende behandlingsforløb under 24 timer
- Kommunikation og samarbejde vedrørende behandlingsforløb over 24 timer

Den danske Kvalitetsmodel

I SAMBO aftalerne er der flere punkter, der også relaterer sig til Den Danske kvalitetsmodel og de specifikke standarder. Derfor er der sidst i dokumentet udarbejdet en oversigt over hvilke standarder der refereres til og hvad der er eller skal udarbejdes af retningsgivende dokumenter for at opfylde standarden.

Proceskort

Anvendelse af proceskort er en metode, der med fordel kan anvendes til at sikre klarhed over arbejdsgangene i processen og skabe et overblik over:

- Hvem
- Hvornår
- Hvordan
- Hvor (dokumentation)

Samtidig kan udarbejdelse af proceskort give et overblik over:

Hvor kan være behov for en vurdering af den nuværende og fremtidige arbejdsfordeling

Hvor er der nye opgaver og arbejdsgange der skal indarbejdes

Hvad ligger der af retningslinier / instrukser (Region, Sygehus eller afdeling) indenfor det enkelte punkt, hvor der kan henvises til

Hvor er der behov for at udarbejde en instruks på afdelingsniveau.

Proces: Forløbsoversigt 2 SamBo	Kommunikation og samarbejde ved ambulante forløb	Dato: Marts 2009 Rev. oktober 2009
Formål:	Hjælpeværktøj til implementering af sundhedsaftaler på Sygehus Lillebælt Gennemgang og områder der skal afdækkes på afdelingsniveau.	Udarbejdet af: Birthe Nielsen Ditlevsen Inge Pedersen

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 2	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
2.1	Kommunikation ved henvisning til ambulantly forløb	Standard 2.4.1				
2.1.1	Egen læge henviser til sygehuset. Henvisningen skal ske elektronisk fra lægesystemet. Henvisningen er udarbejdet i henhold til den "Gode Kliniske henvisning"	Standard 2.4.1	Læge	Behov fra en borger	Elektronisk henvisning sendt til sygehus	Kvalitets opfølgning på henvisninger følges af praksis Konsulent ordningen.
2.1.2	Sygehuset modtager henvisning , og senest 8 hverdage efter modtagelsen af henvisningen fremsender sygehuset brev til borgeren om forventet tid og sted for første ambulante kontakt. Sygehuset fremsender bookingsvar til den praktiserende læge	Standard 2.5.2 2.8.1 2.8.2	Henvisningen Sekretær indplacerer, indkalder og sender orientering til egen læge Visitering Læge.	Elektronisk henvisning modtaget Fremsendt brev til patienten	Fremsendt brev til patienten Evt. orientering/tid til forprøver/ undersøgelser Orientering til patientens egen læge	Henvisning Hvem henter i GS Hvornår hentes henvisningen Hvordan (se manual) Visitation Hvem – Hvornår – Hvordan Handler kun om orientering til patientens egen læge

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 2	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingen
2.2	Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb					
2.2.1	<p>Ved første ambulante konsultation gennemføres samtale med patient og evt. pårørende</p> <p>Samtalen bygger på indholdet i henvisningen fra praktiserende læge og skal omfatte::</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient får oplyst kontaktperson (ved 2 eller flere ambulante besøg) • Indhentning af informeret samtykke • Årsag til ambulante behandling samt diagnostik- og behandlingsplan • Information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet • Evt. 8 dagsbrev vedr. tidspunkt for operation/behandling • Evt. underretning af og aftaler med pårørende. • Patientens habituelle tilstand <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal</p>	<p>Standard</p> <p>2.1.1 2.1.2 2.1.3 2.3.2 2.8.1</p>	Hvem	<p>Patienten møder i amb</p> <p>Der foreligger evt. undersøgelses resultater</p>	<p>Diagnostik- og behandlingsplan</p> <p>Information til patient, evt. pårørende om udredning/diagnostik og behandlingsplan</p> <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal</p> <p>Afsendelse af evt. amb. korrespondance</p>	<p>OBS: Tildelt kontaktperson ved to eller flere amb. besøg</p> <p>Retningslinje for tildeling af kontaktperson.</p> <p>Samtykke Hvem Hvornår Hvordan</p> <p>Retninglinie RSD</p> <p>Hvem Opfølgning på amb. korrespondance, hvis patienten f.eks. skal opereres?</p>

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 2	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
2.2.2	<p>Sygehuset gennemfører diagnostik og behandling</p> <p>Der foretages lægefaglig vurdering, eller vurdering på lægefagligt ansvar, af behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Genoptræning ○ Hjælpemidler ○ Forebyggelse 	<p>Standard</p> <p>2.15.1 2.16.2 2.16.3 2.16.4 2.17.1 2.17.3</p>	<p>Hvem</p> <p>Opgavefordeling</p>	<p>Diagnosticering</p> <p>Behandlingsplan</p>	<p>Genoptræningsplan</p> <p>Ordination af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialiseret træning • Almen træning • Egen træning <p>Gennemgang af plan med patienten</p> <p>Specialiseret og almen træningsplan sendt til kommunen</p> <p>Egen træning - Patienten er instrueret og medgivet evt. instruks</p> <p>Hjælpemidler Hjælpemidler er udleveret eller der er aftale om udlevering</p> <p>Forebyggelse Råd og vejledning i forhold til KRAM faktorerne.</p> <p>Patienten kan henvises til kommunale forebyggelsestiltag.</p> <p>Evt. rehabiliterings tilbud</p> <p>Dokumentation Vejledninger og intervention dokumenteres</p>	<p>Se tværgående retningslinie</p> <p>Forebyggelse screeninger på KRAM området</p> <p>Hvem Hvornår Hvordan</p>

					i journal	
Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 2	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
2.2.3	<p>Sygehuset orienterer kommune og egen læge.</p> <p>Løbende orientering af kommune og praktiserende læge efter hvert ambulant besøg, der medfører ændringer i det planlagte forløb eller har betydning for hhv. kommune eller praktiserende læge.</p> <p>Orienteringen sker via en elektronisk korrespondancemeddelelse</p>	Standard 2.17.1 2.17.3	Hvem	Behandlingsplan	<p>Ajourføring af samarbejdspartner</p> <p>Orientering til praktiserende læge om ændringer</p> <p>Orientering til Kommunen om ændringer</p>	<p>Hvem Hvornår Hvordan</p> <p>Aftale SLB</p> <p>Sygeplejeydelser Ændring af sygeplejeydelser på kort sigt kontakt pr. telefon samt amb. korrespondance</p> <p>Ved planlagt operation og efterfølgende behov for kommunale ydelser amb. korrespondance</p> <p>OBS Stillingtagen til på hvilke patienter der skal sendes amb. korrespondance</p> <p>- Hvad har betydning for kommune og praktiserende læge</p> <p>Andre ændringer Korrespondance</p>

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 2	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
2.3	Kommunikation ved afslutning af et ambulante forløb.					
2.3.1	<p>Ved det afsluttende ambulante besøg gennemføres samtale med patienten</p> <p>Samtalen omfatter information til patienten og evt. pårørende og skal omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gennemgang af diagnostik og behandlingsforløbe • Gennemgang af aftaler om efterbehandling, kontrol og genoptræning samt patientens handlemuligheder ved pludselige opståede komplikationer. • Gennemgang af eventuelle aftaler med kommunen • Relevante sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag. <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal.</p>	<p>Standard</p> <p>2.2.1</p> <p>2.2.2</p> <p>2.9.4</p> <p>2.17.3</p>	Hvem	Behandlingsforløb	<p>Gennemgang af diagnostik og behandlingsforløb</p> <p>Information til patient og pårørende</p> <p>Gennemgang af aftaler om efterbehandling, kontrol og genoptræning</p> <p>Gennemgang af evt. udlevering af skriftligt materiale</p> <p>Sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag</p> <p>Dokumentation i journal</p>	<p>Hvornår</p> <p>Hvordan</p> <p>OBS</p> <p>Medicinafstemning</p>

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 2	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
2.3.2	<p>For patienter, der modtager eller skal modtage kommunale ydelser, orienterer sygehuset kommunen</p> <p>Ved afslutning medgives patienten ved behov en genoptræningsplan og udskrivningsrapport, der tillige sendes elektronisk til kommunen.</p> <p>Behov for evt. hjælpemidler eller forebyggende tiltag angives.</p>	<p>Standard 2.7.1</p> <p>2.15.1</p> <p>2.16.2</p> <p>2.16.3</p> <p>2.16.4</p>	<p>Hvem</p> <p>Genoptræningsplan</p> <p>Udskrivningsrapport</p>	Behandlingsplan	<p>Orientering/ korrespondance til kommunen vedrørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ydelser • Hjælpemidler • Genoptræningsplan • Udskrivningsrapport 	<p>OBS</p> <p>Hvornår er der behov for en udskrivningsrapport</p> <p>Se også punkt 2.2.3 og forløbsoversigt 4 punkt 4.3.3</p>
2.3.3	<p>Patienten afsluttes</p> <p>Sygehuset registrerer patienten som afsluttet.</p>	<p>Standard 2.17.2</p>	Læge afslutter patientforløb	Færdigbehandlet	Dikteret eller skrevet afslutningsnotat	
2.3.4	<p>Sygehuset orienterer patientens egen læge.</p> <p>Sygehuset afsender <i>ambulantnotat</i> til patientens egen læge senest tredje hverdag efter afslutning, i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p>Ambulantnotatet skal indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Diagnostik og behandling • Anbefalet medicin • Anbefalet kontrol og efterbehandling. • Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • Information givet til patienten <p>Evt. genoptræningsplan sendes elektronisk.</p>	<p>Standard 2.17.2</p> <p>2.16.3</p> <p>2.15.1</p>	Sekretær	Afslutningsnotat	<p>Afsendelse af ambulantnotat</p> <p>Afslutning i GS</p> <p>Færdigregistreret</p>	<p>Hvornår</p> <p>Hvordan</p> <p>OBS</p> <p>Genoptræningsplan skal medgives patienten og sendes til kommunen, hvis patienten er kendt i kommunen</p>

Proces: Forløbsoversigt 3 SamBo	Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb < 24-48 timer	Dato: Marts 2009
Formål:	Hjælpeværktøj til implementering af sundhedsaftaler på Sygehus Lillebælt Gennemgang og områder der skal afdækkes på afdelingsniveau.	Udarbejdet af: Birthe Nielsen Ditlevsen Inge Pedersen

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.1	kommunikation ved indlæggelse					
3.1.1	Egen læge henviser til sygehuset. Henvisningen skal ske elektronisk fra lægesystemet. Henvisningen er udarbejdet i henhold til "Den gode kliniske henvisning".	Standard 2.4.1 2.17.1 2.5.1 2.5.2	Læge	Henvisning	Henvisning modtaget på sygehus (GS)	Henvisning Hvem henter i GS Hvornår hentes henvisningen Hvordan (se manual) Visitation Hvem – Hvornår – Hvordan
3.1.2	Ved planlagte behandlingsforløb, der vil medføre behov for kommunal hjælp til patienten, orienterer sygehuset kommunen ved indkaldelsen af patienten til behandling.	Standard 2.4.1 2.17.1 2.17.3	Hvem - Visiterer - Booker tid - Sender besked til patient - Udarbejder forløbsplan	Modtagelse af henvisning	Besked om indlæggelses dato til patienten og henvisende læge Forløbsplan til kommunen når dette er relevant	Hvordan Se også ambulans forløb

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.2	Patienter der er kendte i det kommunale					
3.2.1	<p>Sygehuset modtager og registrerer patienten</p> <p>Sygehusets patientadministrative system / EPJ afsender automatisk <i>indlæggelsesadvis</i> til hjemmeplejen i patientens hjemkommune, når patienten registreres som værende indlagt på sygehuset.</p> <p>Advis sendes til kommunens sags- og advissystem eller den elektroniske omsorgsjournal.</p>	Standard 2.17.1	Hvem	Patient indlægges	<p>Patient registreret i GS og EPJ</p> <p>Indlæggelses avis til hjemkommunen</p>	<p>OBS. tidstro registrering dvs. at patienten indlægges hurtigst mulig i GS</p> <p>Afløser tlf. kontakt til kommunen</p>
3.2.2	<p>Indlæggelsen registreres i det kommunale system</p> <p>Er patienten kendt i det kommunale omsorgssystem, medfører sygehusets avis et automatisk <i>indlæggelsesvar</i> fra hjemmeplejens omsorgsjournal i patientens hjemkommune til sygehusets patientadministrative system / EPJ.</p> <p><i>Indlæggelsesvar</i> oplyser patientens kontaktperson (sted) i kommunen med tlf.nr. og træffetid. Indlæggelses-svar kan læses uden samtykke.</p> <p>Kommuner med mulighed herfor fremsender <i>automatisk indlæggelsesrapport</i> elektronisk til sygehusets patientadministrative system/EPJ.</p>	Standard 2.17.1 2.1.1	<p>Samtykke Hvem indhenter</p> <p>Hvem Åbner, læser og agerer på indlæggelsesvar og indlæggelsesrapport</p>	<p>Kommunal indlæggelsesvar og indlæggelsesrapport</p> <p>Samtykke</p>	<p>Oplysninger til det videre planlægning og behandling</p> <p>Dokumenteret samtykke i journalen</p>	<p>Samtykke Regional retningslinie (under udarbejdelse)</p> <p>Fra medimail til EPJ</p> <p>Hvornår Hvordan (manual udarbejdes i IT regi)</p> <p>OBS Hvem rekv. Oplysninger fra kommuner der ikke kan kommunikere elektronisk?</p>

3.2.2 fortsat	<p>Rapporten oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lægeoplysninger • Pårørende • Aktuel medicin • Hjælpemidler • Hjemmehjælp/sygepleje • Boligform (ældrebolig/plejebolig) • Hjælp dag/aften/nat. <p>Efter at have indhentet samtykke fra patienten kan indlæggelsesrapporten åbnes og læses</p> <p>For øvrige kommuner kan sygehuset efter behov rekvirere tilsvarende oplysninger telefonisk</p>					
3.2	Patienter der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem					
3.2.1	<p>Sygehuset modtager og registrerer patienten.</p> <p>Patienten registreres i sygehusets patientadministrative system/EPJ</p>	Standard 2.17.1	Hvem	Patient indlægges	Patient indlagt i GS og EPJ	Hvornår Hvordan

Nr.	Beskrivelse af forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.3	Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb					
3.3.1	<p>Sygehuset gennemfører indlæggelsessamtale med patient og evt. pårørende</p> <p>Indlæggelsessamtalen føres på grundlag af henvisningen fra praktiserende læge / vagtlægen samt indlæggelsesrapport fra kommunen.</p> <p>Samtalen skal omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indhentning af informeret samtykke • Årsag til indlæggelse samt diagnostik- og behandlingsplan • Information til patienten om forventning til indlæggelsesforløb og udskrivning • Evt. underretning af og aftaler med pårørende • Patientens habituelle tilstand <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal samtidig med tidspunkt for indlæggelse og for samtale</p>	<p>Standard</p> <p>2.3.2</p> <p>2.1.2</p> <p>2.1.3</p>	Plejepersonale	Oplysninger fra patient og evt. pårørende, henvisning og journal	<p>Udført indlæggelsessamtale</p> <p>Dokumentation i EPJ</p>	<p>Indlæggelsessamtale kombineres med gældende standard for indlæggelsessamtale</p> <p>OBS Kontaktperson Se tværgående retningslinje for kontaktperson</p>

Nr.	Beskrivelse af forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.3.2	<p>Sygehuset gennemfører diagnostik og behandling.</p> <p>Der foretages lægefaglig vurdering, eller vurdering på lægefagligt ansvar, af behovet for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genoptræning • Hjælpemidler • Forebyggelse <p>Hvis der er behov for kommunale ydelser efter udskrivning, orienteres kommunen i forbindelse med forberedelse af udskrivningen jf. punkt 3.4.</p>	<p>Standard 2.8.1</p> <p>2.7.1</p> <p>2.15.1</p> <p>2.16.2</p> <p>2.16.3</p> <p>2.16.4</p>	<p>Læge</p> <p>Uddelegering. Afklare hvem der gør hvad:</p> <p>Genoptr. plan</p> <p>Hjemmebesøg vil være i samarbejde med fys. og kommunen.</p> <p>Hjælpemidler</p> <p>Forebyggelse</p> <p>Rehabilitering</p>	<p>Oplysninger samles og plan for indlæggelse og udskrivelse formuleres og dokumenteres</p> <p>Behandlingsplan</p>	<p>Genoptræningsplan Ordination af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialiseret træning • Almen træning • Egen træning <p>Gennemgang af plan med patienten</p> <p>Specialiseret og almen træningsplan sendt til kommunen</p> <p>Egen træning - Patienten er instrueret og medgivet evt. instruks</p> <p>Hjælpemidler Hjælpemidler er udleveret eller der er aftale om udlevering</p> <p>Forebyggelse Råd og vejledning i forhold til KRAM faktorerne.</p> <p>Patienten kan henvises til kommunale forebyggelsestiltag.</p> <p>Evt. Rehabiliterings tilbud</p> <p>Dokumentation Vejledninger og intervention dokumenteres i journal</p>	<p>Se tværgående retningslinje</p> <p>Forebyggelse screeninger på KRAM området</p> <p>Hvem Hvornår Hvordan</p> <p>Rehabilitering Identificering af patienter med rehabiliteringsbehov</p>

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.4	Kommunikation ved forberedelse af udskrivning					
3.4.1	Forberedelse af udskrivning af patienter <u>kendt</u> af kommunen					
3.4.2	Sygehuset orienterer kommunen om udskrivning Udskrivning aftales tidligst muligt telefonisk mellem sygehusafdelingen og kommunens visitation/akutnummer. Kommunale ydelser aftales Dokumenteres i journalen	Standard 2.7.1 2.17.1 2.17.3	Hvem	Behandlingsplan	Kommunen får en telefonisk henvendelse fra sygehuset vedr. udskr. angående dag, tidspunkt og ydelser	OBS Ved udskrivelse indtil kl. 22.00, sikre, at patient har forplejning i hjemmet – evt. medsende ved behov
3.4.1	Forberedelse af udskrivning af patienter <u>ikke kendt</u> af kommunen					
3.4.2	Hvis der vurderes brug for kommunale ydelser, tages tidligst muligt telefonisk kontakt til kommunen om oprettelse i det kommunale system. Udskrivning og kommunale ydelser aftales Dokumenteres i journalen	Standard 2.7.1 2.17.1 2.17.3	Hvem	Behandlingsplan	Kommunen får en telefonisk henvendelse fra sygehuset vedr. udskr. angående dag, tidspunkt og ydelser	Dialog

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.5	Kommunikation ved udskrivning	Standard				
3.5.1	<p>Henvisning til kommunale ydelser</p> <p>Ved behov for observation, pleje, praktisk bistand</p> <p>Ved behov for genoptræning udarbejdes en genoptræningsplan af sygehuset.</p> <p>Ved behov for hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger orienteres kommunen herom i forbindelse med udskrivningen. Anføres i udskrivningsrapporten.</p>	<p>Standard</p> <p>2.15.1</p> <p>2.16.2</p> <p>2.16.3</p> <p>2.16.4</p>	<p>Hvem</p> <p>Læge</p> <p>Terapeut</p> <p>Anden sundhedsfaglig medarbejder</p> <p>udarbejder læge ordineret genoptræningsplan.</p> <p>Hjælpemidler/forebyggelse</p> <p>Hvem</p> <p>Læge</p> <p>Terapeut</p> <p>Sygeplejerske.</p>	<p>Patienten anamnese</p> <p>Behov kommunal ydelser</p>	<p>Genoptræningsplan</p> <p>Udarbejdet og gennemgået sammen med patienten.</p> <p>Kommunen modtager genoptræningsplan.</p> <p>Udleveret til patienten</p> <p>Hjælpemidler</p> <p>Forebyggelse</p> <p>Forebyggelse og rehabilitering</p> <p>Dokumenteret i EPJ og udskrivningsrapport</p> <p>Besked til kommunen i udskrivningsrapport</p> <p>Besked til praktiserende læge f.eks. via epikrise eller ved henvisning til kommunen</p>	<p>OBS</p> <p>Hvilke patienter skal have genoptræningsplan</p> <p>Vurdere hvem der skal levere hjælpemidlet og om det skal være i hjemmet ved. udskr</p> <p>Forebyggelse</p> <p>Arbejdsgang for forebyggende initiativer skal udarbejdes og ansvarsplaceres</p> <p>Hvem</p> <p>Hvordan</p>

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.5.2	<p>Sygehuset gennemfører udskrivningssamtale med patienten</p> <p>Udskrivningssamtalen omfatter information til patienten og evt. pårørende og skal omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gennemgang af diagnostik og behandlingsforløbet • Gennemgang af aftaler om efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning • Medicin, hvad medgives og hvad skal afhentes på apoteket • Gennemgang af eventuelle aftaler med kommunen • Relevante sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag. <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal.</p> <p>Patienten medgives evt. genoptræningsplan.</p>	<p>Standard 2.17.1 2.17.3 2.17.4</p>	<p>Hvem</p>	<p>Indlæggelsesforløbet</p>	<p>Information Patient/pårørende har modtaget information og gennemgang af evt. aftaler med kommunen</p> <p>Medicinering Patienten har modtaget medicinliste</p> <p>Sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag</p> <p>Dokumentation af information til patienten</p>	<p>Ved ny ordination medgives medicin til der kan tilvejebringes medicin fra apotek.</p> <p>Hvem Hvad Hvornår Hvordan</p>

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 3	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
3.5.3	<p>Sygehuset sender udskrivningsrapport til kommunen</p> <p>Via sygehusets patientadministrative system / EPJ udfylder og afsender udskrivende afdeling i løbet af udskrivningsdøgnet, og senest samtidig med at borgeren udskrives, en <i>udskrivningsrapport</i> til hjemkommunen samt evt. genoptræningsplan.</p> <p>Udskrivningsrapporten indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stamdata • Indlæggelses- og udskrivningsdato • Indlæggelsesårsag • Indlæggelsesforløb • Diagnoser • Funktionsvurdering • Hjælpe midler • Medicin 	<p>Standard</p> <p>2.17.1</p> <p>2.17.3</p> <p>2.17.4</p>	Hvem	<p>Journal</p> <p>Opdateret Medicinliste Ordinationer Plan</p>	<p>Kommunen modtager udskrivelses rapport i løbet af udskrivelsesdøgnet og senest samtidig med at borgeren udskrives</p> <p>Kopi af udskrivningsrapport til patient</p>	<p>Udskrivningsrapport genereres i medcom standard. (vejledning er under udarbejdelse)</p> <p>Kontaktperson Sygehus kontaktpersonen er kontaktperson til kommunalkontaktperson har taget over</p> <p>OBS Medicinafstemning, ordinationer og plan</p>
3.5.4	<p>Patienten hjemsendes</p> <p>Sygehuset arrangerer hjemtransport.</p> <p>Hjemsendelse sker ifølge aftalen med kommunen, dog alle dage senest til hjemkomst kl. 22.00 ved forløb under 24 - 48 timer.</p> <p>Sygehuset registrerer patienten som udskrevet, og der sendes automatisk et udskrivningsadvis til kommunen.</p>	<p>Standard</p> <p>2.17.1</p> <p>2.17.3</p> <p>2.17.4</p>	Hvem	<p>Patient er klar til Udskrivelse</p>	<p>Patienten hjemsendes</p> <p>Patient er afsluttet i GS og EPJ</p>	<p>Registrering</p> <p>Elektronisk udskrivningsadvis til kommunen sker automatisk ved udskrivelse i GS.</p> <p>OBS tidstro registrering</p>

3.5.4 Fortsat	<p>Det er af stor vigtighed for kommunens anvendelse af elektroniske advismeddelelser, at registreringen foretages tidstro, altså samtidig med at patienten sendes hjem.</p> <p>Ved behov kan egen læge kontaktes.</p>					
3.5.5	<p>Sygehuset orienterer patientens egen læge</p> <p>Sygehuset afsender <i>epikrise</i> til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen, i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p>Epikrisen skal indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Diagnostik og behandling • Anbefalet medicin • Anbefalet kontrol og efterbehandling. • Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • Information givet til patienten <p>Evt. genoptræningsplan sendes elektronisk.</p>	<p>Standard 2.15.1 2.17.2</p>	<p>Hvem Udarbejder Sender epikrise Færdig registrer</p>	<p>Journal</p>	<p>Afsendt epikrise og evt. genoptræningsplan</p>	<p>OBS Enkle arbejdsgange ved udarbejdelse og afsendelse af epikrise</p> <p>Genoptræningsplan Genoptræningsplan er udarbejdet jf. afslutning af patient og er afsendt.</p> <p>Obs at den ikke sendes x 2</p> <p>OBS. Forebyggelses anbefalinger skal indarbejdes i epikrise.</p>

Proces: Forløbsoversigt 4	Kommunikation og samarbejde vedrørende behandlingsforløb > 24 – 48 timer	Dato: Marts 2009
Formål:	Hjælpeværktøj til implementering af sundhedsaftaler på Sygehus Lillebælt Gennemgang og områder der skal afdækkes på afdelingsniveau.	Udarbejdet af: Birthe Nielsen Ditlevsen Inge Pedersen

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
4.1	Kommunikation ved indlæggelsen					
4.1.1	Egen læge henviser til sygehuset. Henvisningen skal ske elektronisk fra lægesystemet. Henvisningen er udarbejdet i henhold til "Den gode kliniske henvisning".	Standard 2.4.1 2.5.1 2.5.2 2.17.1	Læge	Sender henvisning til sygehus	Henvisning modtages på sygehus (GS)	Henvisning: Hvem henter i GS Hvornår hentes henvisning Hvordan (se manual) Visitation: Hvem Hvornår Hvordan
4.1.2	Ved planlagte behandlingsforløb, orienterer sygehuset kommunen om forløbet ved fremsendelse af en forløbsplan, jfr. pkt. 4.3.3 i dette dokument	Standard 2.4.1 2.17.1 2.17.3	Hvem Visiterer Booker tid Sender besked til patient Udarbejder forløbsplan	Henvisning modtages	Besked om indlæggelses dato til patienten og henvisende læge Forløbsplan til kommunen når dette er relevant	Hvordan Se også ambulans forløb

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
4.2	Patienter der er <u>kendt</u> i det kommunale omsorgssystem					
4.2.1	<p>Sygehuset modtager og registrerer patienten</p> <p>Sygehusets patientadministrative system / EPJ afsender automatisk <i>indlæggelsesadvis</i> til hjemmeplejen i patientens hjemkommune, når patienten registreres som værende indlagt på sygehuset.</p> <p>Advis sendes til kommunens sags- og advissystem eller den elektroniskeomsorgsjournal.</p>	Standard 2.17.1	Hvem	Modtagelse af patient indlægges i G.S	<p>Indlagt i GS og EPJ</p> <p>Indlæggelses advis til hjemkommunen</p>	<p>Obs.tidstro registrering dvs. at patienten indlægges hurtigst mulig i GS</p> <p>Afløser tlf. kontakt til kommunen</p> <p>OBS kommuner der endnu ikke kan modtage elektronisk advis</p> <p>OBS</p> <p>Patienter der kommer fra kommuner uden for RSD, skal rettes telefonisk kontakt</p>
4.2.2	<p>Indlæggelsen registreres i det kommunale system</p> <p>Er patienten kendt i det kommunale omsorgssystem, medfører sygehusets advis et automatisk <i>indlæggelsesvar</i> fra hjemmeplejens omsorgsjournal i patientens hjemkommune til sygehusets patientadministrative system / EPJ.</p> <p><i>Indlæggelsesvar</i> oplyser patientens kontaktperson (sted) i kommunen med tlf.nr. og træffetid.</p>	Standard 2.17.1 2.1.1	<p>Samtykke</p> <p>Hvem indhenter</p> <p>Hvem</p> <p>Åbner, læser og agerer på indlæggelsesvar og indlæggelsesrapport</p>	Kommunal indlæggelsesvar og indlæggelses-rapport	<p>Dokumenteret samtykke i journalen</p> <p>Oplysninger som kan bruges i den videre planlægning og behandling</p>	<p>Samtykke</p> <p>Regional retningslinie (under udarbejdelse)</p> <p>Fra medimail til EPJ</p> <p>Hvem</p> <p>Hvornår</p> <p>Hvordan (manual udarbejdes i IT regi)</p> <p>Hvem rekv. Oplysninger fra kommuner der ikke kan kommunikere elektronisk?</p>

fortsat	<p>Indlæggelsesvar kan læses uden samtykke.</p> <p>Kommuner med mulighed herfor fremsender <i>automatisk indlæggelsesrapport</i> elektronisk til sygehusets patientadministrative system/EPJ.</p> <p>Rapporten oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lægeoplysninger - Pårørende - Aktuel medicin - Hjælpemidler - Hjemmehjælp/sygepleje - Boligform (ældrebolig/plejebolig) - Hjælp dag/aften/nat. <p>Efter at have indhentet samtykke fra patienten kan indlæggelsesrapporten åbnes og læses.</p> <p>For øvrige kommuner kan sygehuset efter behov rekvirere tilsvarende oplysninger telefonisk.</p>					
4.2.3	<p>Patienten medbringer medicin og evt. personlige hjælpemidler til sygehuset</p> <p>Medicin og dosisdispenseringsbog/skema mv.</p> <p>Hjælpemidler/kørestol</p> <p>Ved akutte indlæggelser rekvirerer sygehuset medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende.</p> <p>Kommunen suspenderer kommunale ydelser i hjemmet</p>	Standard 2.17.1	<p>Hvem</p> <p>Rekvirerer nødvendige / manglende hjælpemidler, medicin etc.</p>	Medicin/medicin oversigt og hjælpemidler	Kontinuitet i vanlig medicin og hjælpemidler	

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
4.2.4	<p>Kommunen sender indlæggelsesrapport</p> <p>Kommunen sender fra det elektroniske omsorgsjournalsystem inden for det første døgn efter indlæggelsen en manuelt aktiveret <i>ajourført indlæggelsesrapport</i>.</p> <p>Indlæggelsesrapporten skal indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plejebehov (omfang af hjemmepleje og praktisk bistand) - Aktuel medicin - Fysisk/psykisk/social funktionsevne - Evt. brug af hjælpemidler - Boligens forhold - Evt. vaner der bør tages hensyn til - "Særlige forhold", der komplicerer udskrivning - Pårørende og ressourcer i omgivelserne - Kontaktperson i kommunen. <p>Kommuner der tidligere, jfr. pkt. 4.2.2, har fremsendt indlæggelsesrapport kan nøjes med supplerende oplysninger hertil.</p>	Standard 2.17.1	<p>Hvem</p> <p>Skal kunne læse og håndtere indgående post/ indlæggelsesrapporter og evt. indhentning af manglende oplysninger</p>	Information fra indlæggelsesrapport	Data til brug for det videre forløb /planlægning.	<p>Fra medimail til EPJ</p> <p>Postkasse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvem og hvor ofte tjekkes postkassen - Hvem rydder op og overflytter til EPJ (se manual)

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdeling
4.2.5	Sygehuset modtager kommunens oplysninger Dokumenteres i journalen	Standard 2.17.1	Hvem dokumenterer i EPJ at oplysninger er modtaget	Oplysninger fra kommunen	Data til brug for det videre forløb/planlægning.	Hvor dokumenteres det i EPJ
4.2	Patienter der <u>ikke er kendt</u> i det kommunal omsorgssystem					
4.2.1	Sygehuset modtager og registrer patienten Patienten registreres i sygehusets patientadministrative system/EPJ	Standard 2.17.1	Hvem	Modtagelse af patient indlægges i G.S	Indlagt i GS og EPJ	Obs.tidstro registrering dvs. at patienten indlægges hurtigst mulig i GS
4.2.3	Sygehuset rekvirer evt. medicin og personlige hjælpemidler fra hjemmet, evt. ved hjælp af pårørende	Standard 2.17.1	Hvem Rekvirerer nødvendige / manglende hjælpemidler, medicin etc	Medicin/medicin oversigt og hjælpemidler	Kontinuitet i vanlig medicin og hjælpemidler	
4.2.4	Sygehuset indhenter oplysninger Sygehuset indhenter relevante oplysninger fra borgeren, eventuelle pårørende/ netværkspersoner og borgerens egen læge. Oplysningerne kan vedrøre: <ul style="list-style-type: none"> • Aktuel medicin • Fysisk/psykisk/social funktionsevne • Evt. brug af hjælpemidler • Boligens forhold • Evt. vaner, der bør tages hensyn til • Pårørende og ressourcer i omgivelserne. 		Hvem	Oplysninger	Data til brug i det videre forløb	

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingen
4.2.5	<p>Sygehuset orienterer kommunen om patienten.</p> <p>Sygehuset tager telefonisk kontakt eller elektronisk kontakt via korrespondancemeddelelse til kommunen om oprettelse i det kommunale system. Dette sker så vidt muligt inden for det første døgn efter indlæggelsen Dokumenteres i journalen</p>	Standard 2.17.1 2.17.3	Hvem	Kontakt til kommunen ved behov for hjælp efter udskrivelsen	Orientering til kommunen	Hvornår Hvordan
4.3	Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløbet					
4.3.1	<p>Sygehuset gennemfører indlæggelsessamtale med patienten og evt. pårørende</p> <p>Indlæggelsessamtalen føres på grundlag af henvisningen fra praktiserende læge / vagtlægen samt indlæggelsesrapport fra kommunen. Samtalen skal omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastlæggelse af sygehuskontaktpersoner • Indhentning af informeret samtykke • Årsag til indlæggelse samt diagnostik- og behandlingsplan • Information til patienten om forventning til indlæggelsesforløb og udskrivning • Evt. underretning af og aftaler med pårørende • Patientens habituelle tilstand 	Standard 2.1.2 2.1.3 2.3.2 2.9.4	Hvem Indlæggelses-samtale Samtykke	Gennemfører indlæggelsessamtale i samarbejde med patient/pårørende	Oplysninger vedrørende patient samt information til patient og evt. pårørende Dokumenteret samtykke i journalen Dokumenterer i EPJ	Samtykke Regional retningslinie (under udarbejdelse) Se Tværgående retningslinie for kontaktperson Indlæggelsessamtale kombineres med gældende standard for indlæggelsessamtale

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingen
4.3.2	<p>Sygehuset gennemfører diagnostik og behandling.</p> <p>Der foretages lægefaglig vurdering, eller vurdering på lægefagligt ansvar, af behovet for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genoptræning • Hjemmebesøg • Hjælpemidler • Forebyggelse. <p>Konklusioner på vurderinger angives i forløbsplan til kommunen for de patienter hvor en sådan afsendes, jf. nedenfor.</p>	<p>Standard</p> <p>2.1.2</p> <p>2.8.1</p> <p>2.9.4</p> <p>2.7.1</p> <p>2.15.1</p> <p>2.16.2</p> <p>2.16.3</p> <p>2.16.4</p>	<p>Læge</p> <p>Uddelegering.</p> <p>Afklare i de enkelte afd. ledelser, hvem der gør hvad:</p> <p>Genoptr. plan</p> <p>Hjemmebesøg vil være i samarbejde med fys/ergo og kommunen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjælpemidler • forebyggelse 	<p>Oplysninger samles og plan for indlæggelse og udskrivelse formuleres</p>	<p>Behandlingsplan</p> <p>Vurdering og ordination.</p> <p>Dokumentation</p> <p>Effektuerer planen</p> <p>Patienten informeret</p> <p>Evt. genoptræningsplan</p> <p>Evt. aftaler om forebyggelse</p>	<p>Forebyggelse</p> <p>Se beskrivelse af KRAM faktorer -Sundhedsaftalerne, de specifikke lokal aftaler</p> <p>Medicinafstemning</p> <p>Hvem</p> <p>Hvornår</p> <p>Hvordan</p> <p>Generel afklaring af, hvem der sender henvisning til borgerrettet forebyggelse. Eller anføre handling eller opfordring i epikrise.</p>
4.3.3	<p>Sygehuset orienterer kommunen om forløbsplan</p> <p>For patienter, der modtager eller skal modtage kommunale ydelser i eget hjem, udfærdiges en <i>forløbsplan</i>, der sendes som korrespondance-meddelelse til kommunens hjemmepleje senest 48 timer efter indlæggelsen. Planen indeholder relevante oplysninger som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientidentifikation • Foreløbig diagnose • Forventet funktionsevne ved udskrivning • Forventet behov for pleje og praktisk bistand efter udskrivning • Forventet behov for genoptræning, hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger 	<p>Standard</p> <p>2.17.1</p> <p>2.17.3</p>	<p>Hvem</p> <p>Udarbejdelse af forløbsplaner</p>	<p>Udarbejdelse af forløbsplan vedrørende de patienter, der modtager og skal have kommunale ydelser</p>	<p>Udskrivelse er under planlægning.</p> <p>Patient informeret om forløbsplan</p> <p>Forløbsplan afsendt til kommunen.</p>	<p>Ændringen består i, at der på 2. dagen skal være en plan for patienten</p> <p>Hvordan</p> <p>Hvornår</p>

<p>4.3.3 Fortsat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evt. behov for udvidet koordinering af udskrivning • Forventet udskrivningstidspunkt • Sygehusets kontaktpersoner og afdeling. <p>Forløbsplanen sendes i dagtid mellem 8 og 16 og fungerer dermed som et forvarsel til kommunen af patientens udskrivning. Patienten informeres om forløbsplanen.</p> <p>Ved væsentlige ændringer af forløbsplanen sendes denne på ny elektronisk til kommunen.</p> <p>Lokalaftale ved udskrivelse i weekend og helligdage foregår ved telefonisk kontakt til kommunen</p>		<p>Hvem sender ny plan ved ændringer i tilstand?</p>	<p>Udarbejdelse af "ny" / ajourføring af forløbsplan</p>	<p>Ny afsendt forløbsplan</p>	
--------------------------	--	--	---	--	-------------------------------	--

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingen
4.4	Kommunikation ved forberedelse af udskrivning					
4.4.1	Patienter med <u>ukompliceret</u> udskrivningsforløb Uændret eller mindre ændringer i funktionsevne og hjælpebehov					
4.4.2	Kommunen kvitterer for forløbsplan Kvittering gives til sygehusafdelingen via korrespondancemeddelelse eller telefonisk (noteres i journal). Når kommunen har læst forløbsplanen gives kvittering til sygehuset. Kvitteringen sendes senest 8 timer efter forløbsplanen er modtaget i kommunens elektroniske postkasse. Kommunen kan supplere med: - uddybende spørgsmål - ønske om udvidet koordinering. Evt. ønsker om udvidet koordinering drøftes mhp. at bruge fremgangsmåden for patienter med kompliceret udskrivningsforløb.	Standard 2.17.1 2.17.3	Hvem åbner korrespondancen	Kvittering/accept af forløbsplanen Evt. supplerende spørgsmål Evt. ønske om udvidet koordinering	Accept eller videre planlægning af udskrivelsen	Hvornår Hvordan Afklare interne arbejdsgange for check af postkasse og opfølgning på patientforløb
4.4.3	Udskrivning ifølge forløbsplan Når kommunen har kvitteret for forløbsplanen uden yderligere kommentar gælder forløbsplanen som aftale om udskrivningen				Aftale om udskrivelse	

Nr.	Beskrivelse forløbsoversigt 4	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingen
4.4.1	<p>Patienter med <u>kompliceret</u> udskrivningsforløb</p> <p>Væsentligt ændret funktions-evne og hjælpebehov</p>					
4.4.2	<p>Kommunen kvitterer for forløbsplan</p> <p>Kvittering gives til sygehusafdelingen via korrespondance-meddelelse eller telefonisk.</p> <p>Når kommunen har læst forløbsplanen gives kvittering til sygehuset. Kvitteringen sendes senest 8 timer efter forløbsplanen er modtaget i kommunens elektroniske postkasse.</p> <p>Behov for udvidet koordinering løses på den måde det er aftalt mellem sygehuset og den enkelte kommune, f.eks. ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uddybet it-kommunikation • Sygehusets udskrivningskoordinator kontakter kommunen, eller • Sygehusets kontaktperson aftaler udskrivningskonference med den kommunale kontaktperson og/eller • Sygehuset informerer kommunens forløbskoordinator, der kontakter afdelingen. 	Standard 2.17.1 2.17.3	Hvem åbner korrespondancen	Kvittering/accept af forløbsplanen Evt. supplerende spørgsmål Evt. ønske om udvidet koordinering	Accept eller videre planlægning af udskrivelsen	Hvornår Hvordan Afklare interne arbejdsgange for check af postkasse og opfølgning på patientforløb

Nr.	Beskrivelse	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingerne
4.5	Kommunikation ved udskrivning					
4.5.1	<p>Henvisning til kommunale ydelser</p> <p>Ved behov for observation, pleje, praktisk bistand</p> <p>Ved behov for genoptræning udarbejdes en genoptræningsplan af sygehuset.</p> <p>Ved behov for hjælpemidler og forebyggende foranstaltning aftales dette i forbindelse med udskrivning. Anføres i udskrivningsrapporten.</p>	<p>Standard 2.15.1 2.16.2 2.16.3 2.16.4</p>	<p>Hvem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Læge - Terapeut - Anden sundhedsfaglig medarbejder udarbejder læge ordineret GOP. <p>Hjælpemidler</p> <p>Hvem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Læge - Terapeut - Sygeplejerske. <p>Forebyggelse</p> <p>Hvem</p>	<p>Genoptræningsplan</p> <p>Udarbejdes og gennemgås sammen med patienten.</p> <p>Hjælpemidler/forebyggelse</p> <p>Identificering/screening af behov for forebyggende tiltag efter indlæggelsen</p>	<p>Kommunen modtager genoptræningsplan</p> <p>Patienten får planen udleveret</p> <p>Besked til kommunen i udskrivningsrapport, herunder behov for hjælpemidler og forebyggelse</p> <p>Besked til praktiserende læge f.eks. via epikrise eller ved henvisning til kommunen</p>	<p>Der skal tages stilling til:</p> <p>Hvilke patienter</p> <p>Hvem gør det</p> <p>Vurdere hvem der skal levere hjælpemidlet og om det skal være i hjemmet ved. udskr.</p> <p>Forebyggelse</p> <p>Arbejdsgang for forebyggende initiativer skal udarbejdes og ansvarsplaceres i de enkelte afd. ledelses områder</p>

Nr.	Beskrivelse	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingerne
4.5.2	<p>Sygehuset sender udskrivningsrapport</p> <p>Via sygehusets patient-administrative system / EPJ udfylder og afsender udskrivende afdeling i løbet af udskrivningsdøgnet, og senest samtidig med at borgeren udskrives, en <i>udskrivnings-rapport</i> til hjemkommunen samt evt. genoptræningsplan.</p> <p>Udskrivningsrapporten indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stamdata • Indlæggelses- og udskrivningsdato • Indlæggelsesårsag • Indlæggelsesforløb • Diagnoser • Funktionsvurdering • Hjælpemidler • Medicin 	Standard 2.17.1 2.17.3	<p>Hvem</p> <p>Udarbejder og sender udskrivningsrapport?</p>	<p>Journal</p> <p>Opdateret:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicinliste - Ordinationer - Plan 	<p>Kommunen modtager udskrivelses rapport i løbet af udskrivelsesdøgnet og senest samtidig med at borgeren udskrives</p>	<p>Udskrivningsrapport genereres i medcom standard. (vejledning er under udarbejdelse)</p> <p>Kopi til patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - udskrivningsrapport - medicinliste <p>Kontaktperson</p> <p>Sygehus kontaktpersonen er kontaktperson til kommunalkontaktperson har taget over</p> <p>OBS</p> <p>Medicinafstemning, ordinationer og plan</p>
4.5.3	<p>Kommunen reetablerer kommunale ydelse i hjemmet og forbereder modtagelse af patient</p> <p>Modtagelse tilrettelægges ifølge aftale med sygehuset. Nye ydelser visiteres</p>	Standard 2.17.1 2.17.3	<p>Kommunen</p>	<p>Modtager og behandler information – planlægger modtagelse i hjemmet</p>	<p>Samarbejde mellem visitation og den udskrivende afdeling/ patient og pårørende</p>	

Nr.	Beskrivelse	DDKM	Hvem	Input	Output	Vejledning til afdelingerne
4.5.4	<p>Sygehuset gennemfører udskrivningssamtale</p> <p>Udskrivningssamtalen omfatter information til patienten og evt. pårørende og skal omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gennemgang af diagnostik og behandlingsforløbet • Gennemgang af aftaler om efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning • Gennemgang af aftaler med kommunen • Relevante sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag. <p>Samtalens indhold dokumenteres i journal.</p> <p>Patienten medgives evt. genoptræningsplan samt kopi af udskrivningsrapport.</p> <p>Patienten medgives øvrig skriftlig information udfærdiget på "lægmandssprog"</p> <p>Ambulante tider aftales/bestilles</p>	Standard 2.17.1 2.17.3	<p>Hvem</p> <p>Læge Plejepersonale</p>	Indlæggelsesforløbet journal	<p>Patient/pårørende har modtaget informationer om indlæggelse, behandling og fremtidig plan</p> <p>Udleveret skriftligt information</p> <p>Dokumentation af information til patienten</p>	Ved ny ordination medgives medicin til der kan tilvejebringes medicin fra apotek.
4.5.5	<p>Patienten hjemsendes</p> <p>Hjemsendelse sker ifølge aftalen med kommunen.</p> <p>Sygehuset arrangerer hjemtransport.</p>	Standard 2.17.1	<p>Hvem</p> <p>Hjemtransport Udskrivelse i GS</p>	Patient er klar til udskrivelse	<p>Patienten er udskrevet</p> <p>Patient er afsluttet i GS</p>	<p>Tidstro registrering</p> <p>Elektronisk udskrivningsadvis til kommunen sker automatisk ved udskrivelse i GS.</p>

<p>4.5.5</p> <p>Fortsat</p>	<p>Sygehuset registrerer patienten som udskrevet, og der sendes en elektronisk udskrivningsadvis til kommunen.</p> <p>Det er af stor vigtighed for kommunens anvendelse af de elektroniske advis meddelelser, at registreringen foretages tidstro, altså samtidig med at patienten sendes hjem.</p> <p>Ved behov kan egen læge kontaktes.</p>	<p>2.17.3</p>				
<p>4.5.6</p>	<p>Sygehuset orienterer patientens egen læge</p> <p>Sygehuset afsender <i>epikrise</i> i henhold til ”<i>Den gode epikrise</i>” til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen, i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p>Epikrisen skal indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Diagnostik og behandling • Anbefalet medicin • Anbefalet kontrol og efterbehandling • Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • Information givet til patienten <p>Evt. genoptræningsplan sendes elektronisk.</p>	<p>Standard 2.15.1</p> <p>2.16.3</p> <p>2.16.4</p> <p>2.17.2</p>	<p>Læge udarbejder epikrise.</p>	<p>Journal</p> <p>Sekretær sender epikrise og færdig registrerer i G.S</p>	<p>Egen læge modtager epikrise og evt. genoptræningsplan</p>	<p>Genoptræningsplan Genoptræningsplan er udarbejdet jf. afslutning af patient og er afsendt.</p> <p>Obs at den ikke sendes x 2</p> <p>OBS Forebyggelses anbefalinger skal indarbejdes i epikrise.</p> <p>OBS Enkle arbejdsgange Ved udarbejdelse og afsendelse af epikrise</p>

Oversigt over standarder fra DDKM

Udarbejdelse af retningsgivende dokumenter

STANDARD	BESKRIVELSE	UDARBEJDELSE AF RETNINGSGIVENDE DOKUMENTER
2.1.1	Patientinddragelse Informeret samtykke til behandling (1/4) STANDARD Patientens informerede samtykke indhentes forud for behandling, medmindre andet følger af love eller bestemmelser.	Retningsgivende dokument udarbejdes i RSD
2.1.2	Patientinddragelse Patientens inddragelse i beslutninger vedrørende behandlingen (2/4) STANDARD Institutionen inddrager patienten i behandlingen, i det omfang patienten ønsker dette.	Retningsgivende dokument udarbejdes på Sygehus Lillebælt niveau
2.1.3	Patientinddragelse Pårørendes inddragelse i patientbehandlingen (3/4) STANDARD Institutionen informerer og inddrager pårørende i behandlingen, i det omfang patienten ønsker dette.	Retningsgivende dokument udarbejdes på Sygehus Lillebælt niveau
2.3.2	Koordinering og kontinuitet Sundhedsfaglig kontaktperson (2/3) STANDARD Der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson, som tilknyttes den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb.	Retningsgivende dokument udarbejdes i RSD
2.4.1	Henvisning Henvisninger (1/1) STANDARD Indholdet af en henvisning er relevant og fyldestgørende	Retningsgivende dokument udarbejdes i RSD

STANDARD	BESKRIVELSE	UDARBEJDELSE AF RETNINGSGIVENDE DOKUMENTER
2.5.1	<p>Visitation Visitation af akutte patienter til korrekt enhed</p> <p>STANDARD Efter modtagelsen visiteres patienten til den mest hensigtsmæssige enhed under hensyntagen til patientens samlede helbredsmæssige tilstand.</p>	Retningsgivende dokument udarbejdelse afdelingsniveau
2.5.2	<p>Visitation Indkaldelse af patienter til undersøgelse og behandling (2/2)</p> <p>STANDARD Institutionen sikrer, at tidsfrister for indkaldelse, undersøgelse og behandling samt krav om information i forhold til dette overholdes.</p>	Retningsgivende dokument udarbejdes på afdelingsniveau
2.7.1	<p>Vurdering og planlægning Behandlingsplan i somatikken (1/5)</p> <p>STANDARD Der udarbejdes en behandlingsplan for alle patienter, der modtages i somatikken</p>	Retningsgivende dokument udarbejdes på afdelingsniveau
2.8.1	<p>Diagnosticering Planlægning af udredningsforløb (1/6)</p> <p>STANDARD Hyppe og komplekse udredningsforløb, der ikke er omfattet af de nationalt udmeldte pakkeforløb, gennemføres efter en fastlagt plan.</p>	Retningsgivende dokument udarbejdes på afdelingsniveau
2.9.4	<p>Medicinering MEDICINAFSTEMNING (4/6)</p> <p>STANDARD Institutionen anvender medicinafstemning ved indlæggelse, ambulante forløb, udskrivelse og overflytning af indlagte patienter</p>	Retningsgivende dokument udarbejdes på Sygehus Lillebælt niveau
2.15.1	<p>Rehabilitering Rehabilitering (1/1)</p> <p>STANDARD Patienters rehabiliteringsbehov vurderes, og ved behov tilbydes en rehabiliteringsindsats</p>	Sundhedsaftaler
2.16.1	<p>Forebyggelse og sundhedsfremme Politikker for forebyggelse og sundhedsfremme (1/4)</p> <p>STANDARD Institutionen har politikker, som fastlægger rammerne for forebyggelse og sundhedsfremme for patienter og personale.</p>	Retningsgivende dokument udarbejdes på Sygehus Lillebælt niveau

STANDARD	BESKRIVELSE	UDARBEJDELSE AF RETNINGSGIVENDE DOKUMENTER
2.16.2	<p>Forebyggelse og sundhedsfremme Identifikation af sundhedsmæssig risiko (2/4)</p> <p>STANDARD Patientens sundhedsmæssige risiko vurderes på grundlag af livsstilsfaktorer samt arvelige, sociale og miljømæssige forhold.</p>	Retningsgivende dokument udarbejdelse afdelingsniveau
2.16.3	<p>Forebyggelse og sundhedsfremme Intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko (3/4)</p> <p>STANDARD Patienter med sundhedsmæssig risiko i relation til identificerede livsstilsfaktorer tilbydes intervention</p>	<p style="text-align: center;">Sundhedsaftaler</p> <p>Retningsgivende dokument udarbejdelse afdelingsniveau</p>
2.16.4	<p>Forebyggelse og sundhedsfremme Undervisning af patienter med kronisk sygdom</p> <p>STANDARD Patienter med en kronisk sygdom tilbydes patientuddannelse.</p>	<p style="text-align: center;">Sundhedsaftaler</p> <p>Retningsgivende dokumenter på afdelingsniveau i forb. med patientforløb for patienter med kronisk sygdom</p>
2.17.1	<p>Overdragelse Aftaler om samarbejde med primærsektoren</p> <p>STANDARD Der er etableret samarbejde om overdragelse af patienter mellem institutionen, almen praksis, speciallæger og kommuner.</p>	<p style="text-align: center;">Sundhedsaftaler</p>
2.17.2	<p>Overdragelse Information til alment praktiserende læge ved udskrivelse af patient (2/4)</p> <p>STANDARD Når patienten udskrives, videregives information i form af epikrise til alment praktiserende læge eller speciallæge.</p>	<p style="text-align: center;">Regional retningslinie</p> <p style="text-align: center;">"Den gode epikrise"</p>
2.17.3	<p>Overdragelse 2.17.3 Information til kommune ved udskrivelse af patient fra institution (3/4)</p> <p>STANDARD Udskrivelse fra institution og modtagelse af patient i kommunalt regi sker med udgangspunkt i indgåede sundhedsaftaler mellem region og kommune.</p>	<p style="text-align: center;">Sundhedsaftaler</p>