

Indholdsfortegnelse

1. Indledning, formål og målgruppe.....	1
2. Kommunikation før ambulante forløb eller indlæggelse.....	2
3. Kommunikation ved ambulante besøg.....	2
3.1 Hospital informerer kommunen.....	2
3.2 Hospital informerer almen praksis.....	2
4. Kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse.....	2
4.1 Indlæggelsesadvis – hospital orienterer kommunen.....	3
4.2 Automatisk indlæggelsesrapport – kommune orienterer hospitalet.....	3
4.3 Manuel opdatering af indlæggelsesrapport – kommune informerer hospitalet.....	3
4.4 Ingen automatisk indlæggelsesrapport – hospitalet kontakter kommunen.....	3
4.5 Plejeforløbsplan – herunder weekendudskrivelse mv.....	3
4.6 Aftale om udskrivelsen.....	4
4.7 Udvidet koordinering/udskrivelseskonference ved særligt behov for koordinering.....	5
4.8 Melding om færdigmelding – hospital orienterer kommune.....	5
4.9 Udskrivningsadvis – hospital orienterer kommunen.....	5
4.10 Udskrivningsrapport – hospital orienterer kommunen.....	6
4.11 Genoptræningsplan – hospital informerer kommunen og praktiserende læge.....	6
4.12 Ikke planlagt udskrivelse – hospital orienterer kommunen.....	6
4.13 Udskrivningsbrev/epikrise – hospital orienterer almen praksis.....	6
5. Opfølgende indsats.....	7
5.1 Den kommunale akutfunktion – herunder henvisning og afslutning.....	7
5.2 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar – herunder forlængelse.....	7
5.3 Opfølgende dialog.....	8
6. Medicin i sektorovergange.....	8
6.1 Generelt om recepter og behandlingsansvar.....	8
6.2 Generelt om medicin ved ambulante forløb.....	8
6.3 Dosisdispenseret medicin ved ambulante forløb.....	9
6.4 Generelt om medicin ved indlæggelse og udskrivelse.....	9
6.5 Dosisdispenseret medicin ved indlæggelse og udskrivelse.....	10
6.6 Ansøgning om tilskud til medicin.....	10
6.7 Vederlagsfri medicin.....	10
7. Orlov fra hospitalet.....	11
8. Udskrivelse af terminalt syge patienter.....	11
9. Telefonisk kommunikation og svarfrister for korrespondancemeddelelser.....	11
9.1 Telefonisk kommunikation.....	12
9.2 Svarfrister for korrespondancemeddelelser.....	12
10. Implementering og opfølgning.....	13
10.1 Centrale temaer til opfølgning på aftalen.....	13
10.2 Tværsektoriel organisering.....	13
10.3 Aftalens implementering samt evaluering af aftalen og implementeringen.....	14
Bilag 1: Supplerende vejledning ved udfyldelse af manuel indlæggelsesrapport.....	15
Bilag 2: Supplerende vejledning ved udfyldelse af plejeforløbsplan.....	18
Bilag 3: Vejledning til afholdelse af udskrivelseskonferencer.....	21
Bilag 4: Vejledning om færdigbehandlingsbegrebet.....	22
Bilag 5: Kommunikation i indlæggelses- og udskrivelsesforløb (skal opdateres).....	24
Bilag 6: Overblik over indikatorer til opfølgning på aftalen.....	25

1. Indledning, formål og målgruppe

Indledning

”Samarbejdsaftale om tværsektoriel kommunikation ved indlæggelse, udskrivelse og i ambulante forløb” er udarbejdet med den politiske Sundhedsaftale 2024-2027 som ”bagtæppe”. Sundhedsaftalen udgør et værdimæssigt afsæt for samarbejdsaftalen, hvor det gælder, at: *Kommuner, almen praksis og hospitaler vil arbejde som et fælles team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde for at sikre kvalitet og velkoordinerede forløb for borgerne.*

Den politiske sundhedsaftale bygger på fire bærende principper:

- Mest mulighed sundhed for de fælles ressourcer
- Digitale løsninger og velfærdsteknologi
- Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb
- Øget lighed i Sundhed

Principperne implementeres gennem samarbejdsaftalen. Inden for princippet om *mest mulig sundhed for de fælles ressourcer* er der f.eks. fokus på smidige arbejdsgange, og at kommunikationen mellem parterne skal give værdi for patienten og patientforløbet - samt fokus på, at patientforløbet varetages på rette kompetenceniveau uden unødigt ventetid. Inden for princippet om *digitale løsninger og velfærdsteknologi* understøtter aftalen, at kommunikationen mellem parterne varetages med de bedste digitale løsninger (f.eks. virtuelle). Inden for princippet om *Sammen med borgerne sikrer vi gode forløb* understøtter aftalen, at borgerne behov, præferencer og sundhedskompetencer er omdrejningspunktet for de sundhedsfaglige indsatser. Inden for princippet om *Øget lighed i sundhed* skal aftalen sikre, at borgere med særlige behov modtager en individuel tilpasset og velkoordineret tværsektoriel indsats af høj kvalitet.

Aftalens formål og målgruppe

Formålet med denne samarbejdsaftale er at sikre kvalitet i kommunikationen mellem kommuner, hospitaler og almen praksis i ambulante forløb og i indlæggelses- og udskrivelsesforløb. En kommunikation, der skal understøtte kvalitet og sammenhæng i borgerens forløb og forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Aftalen skal dermed medvirke til at sikre, at borgeren tilbydes et effektivt, sammenhængende og patientsikkert forløb i forbindelse med overgange imellem region, kommune og almen praksis.

Aftalen omfatter alle borgere, der har behov for et sundhedsfagligt samarbejde mellem hospital, kommune og/eller almen praksis i Region Nordjylland.

Aftalen omfatter kun de dele af psykiatrien, hvor borgerne med psykiatrisk sygdom er aktive i det kommunale omsorgssystem. Det er forventningen, at nærværende aftale vil blive udbygget med aftaler for kommunikation mellem kommuner og Psykiatrien.

Målgruppen for samarbejdsaftalen er sundhedspersoner og andre relevante fagpersoner på regionens hospitaler, i almen praksis og i kommunen. målgruppen for aftalen er ligeledes personale på sociale botilbud, hvor der er borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, samt sundhedspersoner på private hospitaler, når disse varetager offentligt finansieret behandling.

Aftalen vil blive justeret ved behov.

I det følgende gennemgås de aftalte kommunikationsprocesser ved ambulante forløb, indlæggelses- og udskrivelsesforløb for borgere med behov for et sundhedsfagligt samarbejde mellem hospital, kommune og/eller almen praksis i Region Nordjylland.

2. Kommunikation før ambulært forløb eller indlæggelse

Henvielse til regionens hospitaler følger PRI-dokumentet "[Henvielse af akutte og elektive patienter til sundhedsvæsenet i Region Nordjylland](#)".

Herefter adviserer hospitalet borgerens egen læge om indkaldelsen via et **indlæggelsesbrev**.

Hvis borgeren er til ambulært forundersøgelse, og det vurderes at blive aktuelt med kommunale indsatser efter behandling evt. indlæggelse, orienteres kommunen via en **korrespondancemeddelelse**. Det noteres i emnefeltet, hvad henvendelsen drejer sig om (F.eks. pleje, praktisk hjælp, hjælpemidler mv.). Korrespondancemeddelelsen sendes af hospitalet umiddelbart efter ambulært besøg. (se i øvrigt afsnit 10 om korrespondancemeddelelser)

Der forventes ny MEDCOM standard for korrespondancemeddelelser i anden halvdel af 2025, hvilket vil nødvendiggøre en revurdering af ovenstående afsnit.

3. Kommunikation ved ambulante besøg

Ambulante besøg omhandler borgere, der kommer til behandling eller kontrol på hospitalet og ikke bliver indlagt.

3.1 Hospital informerer kommunen

Når borgeren behandles ambulært (inkl. i akutmodtagelsen), vurderer hospitalet sammen med borgeren og evt. pårørende, om der er ændringer i borgerens funktionsniveau, som kan have betydning for de kommunale indsatser.

Hvis der er ændringer i borgerens funktionsniveau og behov for kommunal indsats kommunikeres som følgende:

- Ved **akut** behov kontaktes kommunen **telefonisk** på baggrund af [kontaktliste for kommunerne](#). I telefonsamtalen drøftes behovet for yderligere kommunale indsatser, og der laves aftaler. I tillæg til telefonsamtalen sendes en korrespondancemeddelelse.
- Ved **ikke akut** behov sender hospitalet en **korrespondancemeddelelse** til kommunen med orientering om ændringer i borgerens funktionsniveau.

3.2 Hospital informerer almen praksis

På de somatiske hospitaler sender afdelingen ambulatorienotater efter forundersøgelser og afsluttende kontroller til almen praksis og evt. henvisende speciallæge. Efter almindelige kontrolbesøg sendes et notat, hvis der er særlige ændringer til almen praksis og evt. henvisende speciallæge.

På de psykiatriske hospitaler sender afdelingen den psykiatriske behandlingsplan til den praktiserende læge, når denne er udarbejdet, og når der sker væsentlige ændringer i planen.

4. Kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse

Planlægning af udskrivelse af patienten begynder ved indlæggelsen og hele koordineringsprocessen understøttes via MedComs standarder. Indholdet i de forskellige nationale standarder og en national vejledning til udfyldelse af standarderne fremgår af MedComs "[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)".

Målet med planlægning af udskrivelsen er – igennem dialog – at sikre en afklaring af borgerens behov ved udskrivelse hurtigst muligt efter indlæggelsen – og herigennem at flest mulige forløb opnår et sammenfald mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivelsestidspunkt. Dette gælder også, når

færdigbehandlingsdagen er i weekend eller på en helligdag. Borgere kan udskrives alle dage inkl. weekender og helligdage.

Hvis borgeren har behov for hjælp efter udskrivelse, aftales udskrivelsestidspunktet i dialog mellem hospitalet og kommunen på baggrund af forløbet, borgerens tilstand og funktionsevne samt kommunens forberedelse af modtagelsen i hjemmet eller eventuel anden foranstaltning.

Hvis færdigbehandlingstidspunktet ikke stemmer overens med udskrivelsestidspunktet, færdigmeldes patienten fra hospitalet, og der er tæt dialog om planlægning af udskrivelsestidspunktet. Kommunen betaler færdigbehandlingstakst, så snart patienten er færdigmeldt (se bilag 4 om færdigbehandlingsbegrebet). Det er en kommunal afgørelse, hvilke tilbud, der skal tilbydes borgeren efter udskrivelsen, og hvornår udskrivelsen kan finde sted til dette tilbud.

Der henvises til bilag 5 for et overblik over den tværsektorielle kommunikation ved indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

4.1 Indlæggelsesadvis – hospital orienterer kommunen

Når en borger registreres som indlagt genereres et automatisk indlæggelsesadvis indeholdende oplysninger om, hvor og hvornår borgeren er blevet indlagt. Kommunen modtager kun adviset, hvis borgeren er kendt i det kommunale omsorgssystem.

”Indlæggelsesadvis” erstattes i løbet af 2024 af ”Advis om sygehusophold”. Dette til sikring af informationsudveksling mellem sygehus og kommune ved akut ambulante sygehusophold. Dette vil afstedkomme et behov for at justere samarbejdsaftalen i løbet af 2024.

4.2 Automatisk indlæggelsesrapport – kommune orienterer hospitalet

Kommunen sender en automatisk genereret indlæggelsesrapport til hospitalet på de borgere, der er aktive i det kommunale omsorgssystem. Indlæggelsesrapporten må først åbnes, når hospitalet har indhentet samtykke fra borgeren om udveksling af informationer mellem kommunen og hospitalet.

4.3 Manuel opdatering af indlæggelsesrapport – kommune informerer hospitalet

En fyldestgørende indlæggelsesrapport er afgørende for et sammenhængende patientforløb og en forudsætning for en fyldestgørende plejeforløbsplan.

Kommunen skal sikre, at indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport er opdateret jf. national vejledning til udfyldelse af indlæggelsesrapporten ([”Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser”](#)) og den supplerende regionale vejledning til udfyldelse af den manuelle indlæggelsesrapport i alle forløb (se bilag 1).

Opdateringen af indlæggelsesrapporten sker **hurtigst muligt og senest 24 timer** efter modtagelse af indlæggelsesadvis.

4.4 Ingen automatisk indlæggelsesrapport – hospitalet kontakter kommunen

Hvis hospitalet ikke modtager en automatisk ”indlæggelsesrapport”, og så snart hospitalsafdelingen skønner, at borgeren vil have brug for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, bo- og støtteforanstaltninger eller andre sociale foranstaltninger, sender hospitalet en plejeforløbsplan til kommunen. Dette sikrer, at der automatisk sker oprettelse i det kommunale omsorgssystem, og den videre kommunikation sker elektronisk.

4.5 Plejeforløbsplan – herunder weekendudskrivelse mv.

En fyldestgørende plejeforløbsplan er afgørende for et sammenhængende patientforløb og en forudsætning for den gode udskrivelse.

Plejeforløbsplanen bygger videre på indholdet i indlæggelsesrapporten og udfyldes jf. national vejledning til udfyldelse af plejeforløbsplanen ("[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)") og den supplerende regionale vejledning til udfyldelse af plejeforløbsplanen (se bilag 2).

I forløb hvor der ingen behandling er iværksat fremsendes plejeforløbsplan med frase om at der ikke er iværksat behandling. Øvrige felter i plejeforløbsplan udfyldes således ikke. Se vejledning i bilag 2.

Plejeforløbsplanen fremsendes som udgangspunkt senest kl. 14 hverdagen før færdigbehandlingsdagen/udskrivelsesdagen.

Kommunerne kan forventes at hjemtage borgere næste dag, hvis fristen overholdes, og der er tale om forløb, der ikke forudsætter en "særlig koordinering" (se nedenfor).

Særlig koordinering. En eller flere plejeforløbsplaner?

For alle indlæggelsesforløb udarbejder hospitalet som hovedregel kun en plejeforløbsplan med udgangspunkt i indlæggelsesrapporten og den lagte behandlingsplan, og sender den til kommunen.

Undtagelsen fra hovedreglen om at fremsende én plejeforløb er de tilfælde, hvor der er behov for en særlig koordinering. I disse tilfælde sendes en plejeforløbsplan tidligst muligt i indlæggelsesforløbet. Behovet for særlig koordinering opstår i følgende tilfælde:

1. Plejeseng eller lift er nødvendig og skal rekvireres
2. Specialhjælpemidler: eks. komfortkørestol eller hjælpemidler til bariatriske patienter
3. Pleje af mindst to personer eller flere timers ekstra hjælp i løbet af et døgn
4. Nødvendige småhjælpemidler kan ikke medsendes patient ved udskrivelsen
5. Væsentlige boligændringer er nødvendige (etablering af dørtrin, ramper eller lignende). Inkl. vurdering af borgerens hjem ift. plads af arbejdsmiljøhjælpemidler for plejen samt brug af mobilitetshjælpemidler for borger
6. Nødkald skal etableres inden udskrivelse
7. Borger kan ikke udskrives til hidtidige bolig: eks. akutplads, midlertidig plads eller rehabiliteringsophold
8. Borger kan ikke forventes at give informeret samtykke til flytning til anden bolig. I disse tilfælde informeres kommunen hurtigst muligt om den potentielle værgemålsag
9. Udskrivelseskonference afholdes

Weekendudskrivelse mv. Hvornår suppleres plejeforløbsplan med telefonkontakt?

Ved indlæggelsesforløb, hvor hospitalet ikke kan fremsende plejeforløbsplan hverdagen inden kl. 14 inden færdigbehandlingsdagen **suppleres med telefonkontakt** til kommunen mhp. at afklare, om udskrivelsen kan finde sted på færdigbehandlingsdagen.

Det kan f.eks. være, hvis en borger indlægges om morgenen og er færdigbehandlet om eftermiddagen - eller hvis en borger med flere dages indlæggelse får blodprøvesvar efter kl. 14 eller i weekenden, som muliggør udskrivelse samme dag.

4.6 Aftale om udskrivelsen

Kommunen kvitterer for plejeforløbsplanen.

Ved modtagelse af plejeforløbsplan **hverdage inden kl. 14** kvitterer kommunen samme dag. Kvitteringen kan enten være:

- Accept for hjemtagelse af borger (herunder udskrivelsestidspunkt) eller
- Afslag på hjemtagelse af borger. Dette kan f.eks. være ved behov for yderligere koordinering, eller hvis kommunen ikke ser sig i stand til at modtage borgeren på færdigbehandlingsdagen.

Kvitteringen sker ved elektronisk kommunikation (via korrespondancemeddelelse).

Ved modtagelse af plejeforløbsplan **hverdage efter kl. 14 eller i weekend/helligdage** suppleres fremsendelsen af plejeforløbsplanen med en telefonisk kontakt til kommunen, hvori plejeforløbsplanen gennemgås mundtligt, og kommunen mundtligt "kvitterer" ved at acceptere eller afslå anmodningen.

Hvis kommunen undtagelsesvis vælger at stille spørgsmål via en korrespondancemeddelelse, svarer hospitalet hurtigst muligt og senest følgende hverdag (se afsnit 2.2). Kommunikationen kan medføre en mødeaftale om en udvidet koordination (f.eks. en udskrivelseskonference). Spørgsmål fra kommunen, der ligger udover den supplerende vejledning til udfyldelse af plejeforløbsplanen (bilag 2), udskyder ikke færdigbehandlingsdatoen jf. bilag 4 om færdigbehandlingsbegrebet.

4.7 Udvidet koordinering/udskrivelseskonference ved særligt behov for koordinering

Hovedreglen er, at der ikke afholdes udskrivelseskonferencer fordi fyldestgørende plejeforløbsplaner erstatter behovet for konferencer.

Undtagelsen er i de tilfælde, hvor kommune og hospitalet i fællesskab vurderer, at der er tale om et meget kompliceret forløb, hvor plejeforløbsplanens beskrivelser ikke er tilstrækkelige til at sikre et optimalt udskrivelsesforløb. Her kan der afholdes en (eller flere) udskrivelseskonference(r), hvor aftaler og planlægning vedr. udskrivelse koordineres. Der kan også aftales en udskrivelseskonference efter udskrivelse.

Udskrivelseskonferencen afholdes som videokonference medmindre andet aftales.

Udskrivelseskonferencen bør ikke forsinke udskrivelsen og gennemføres typisk følgende hverdag efter afsendt plejeforløbsplan.

Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes som en revideret endelig plejeforløbsplan.

Vejledning til afholdelse af udskrivelseskonference uddybes i bilag 3.

4.8 Melding om færdigmelding – hospital orienterer kommune

Hvis den aftalte udskrivelsesdato er senere end færdigbehandlingsdatoen, fremsendes en "melding om færdigbehandling" fra hospitalet til kommunen. I tilfælde af at behandlingen genoptages, ændres status for færdigmeldingen til "Behandling genoptaget".

National vejledning til udfyldelse af "melding om færdigbehandling" fremgår af MedComs "[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)". Supplerende regional vejledning om færdigbehandlingsbegrebet fremgår af nærværende aftales bilag 4.

4.9 Udskrivningsadvis – hospital orienterer kommunen

Når borgeren registreres udskrevet, sender hospitalet automatisk et "udskrivningsadvis" til kommunen.

”Udskrivningsadvis” forventes i løbet af 2024 at blive erstattet af ”Advis om afslutning på sygehusophold”. Dette vil afstedkomme et behov for at justere samarbejdsaftalen i løbet af 2024.

4.10 Udskrivningsrapport – hospital orienterer kommunen

Når borgeren udskrives fra hospitalet, sender hospitalet en udskrivningsrapport til kommunen. Udskrivningsrapporten bygger på indlæggelsesrapporten, plejeforløbsplanen, og aftalen om udskrivelsen udgør således den samlede beskrivelse af indlæggelsesforløbet.

Udskrivningsrapporten må ikke indeholde nye oplysninger, som ændrer behovet for hjælp, pleje eller hjælpemidler.

Hvis udskrivningsrapporten fremsendes **inden kl. 14 på hverdage**, læser og handler kommunen samme dag.

Hvis udskrivningsrapporten fremsendes **efter kl. 14 på hverdage eller i weekend/helligdage** – og der er elementer, som kommunerne undtagelsesvis skal reagere på inden næste hverdag – suppleres fremsendelsen med en telefonopringning.

National vejledning til udfyldelse af ”udskrivningsrapporten” fremgår af MedComs ”[Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)”.

Oplysning om behandlingsniveau og lægeligt fravalg af genoplivning ved hjertestop skrives i felt 30 (Fremtidige aftaler).

4.11 Genoptræningsplan – hospital informerer kommunen og praktiserende læge

Hvis en patient/borger har lægefagligt begrundet behov for genoptræning og/eller rehabilitering efter udskrivelse fra hospital udarbejdes genoptræningsplan efter MedComs [Trin for trin guide til den gode genoptræningsplan](#) (G-GOP ”Den gode genoptræningsplan”).

Genoptræningsplanen udleveres til patienten på udskrivelsesdagen og sendes elektronisk - efter aftale med patienten - til patientens bopælskommune samt patientens praktiserende læge.

Der henvises i øvrigt til [Samarbejdsaftalen om genoptræning](#).

4.12 Ikke planlagt udskrivelse – hospital orienterer kommunen

Ved ikke planlagt udskrivelse - hvor en borger forlader hospitalet, uden at dette er aftalt - orienterer hospitalet kommunen herom, jf. [kontaktliste for kommunerne](#). Desuden orienteres eventuel kontaktperson og/eller pårørende, hvis det vurderes nødvendigt af væsentlige hensyn til patienten eller andre.

4.13 Udskrivningsbrev/epikrise – hospital orienterer almen praksis

Ved udskrivelse fra de somatiske hospitaler fremsendes epikrisen til egen læge, henvisende læge og udleveres til patienter omfattet af 72 timers udvidet lægeligt behandlingsansvar.

Ved udskrivelse fra Psykiatrien udleveres epikrisen ikke til patienter. Sekretærene skriver og prioriterer epikriserne efter gældende frister for skrivning og afsendelse af epikriser (rød, gul, grøn og hvid epikrise) jf. [Tidsfrister vedrørende notatskrivning i Psykiatrien](#).

Den kommunale sygepleje har mulighed for at tilgå epikrisen ved at benytte ”knapløsningen” i omsorgssystemet og tilgår Sundhedsjournalen i de tilfælde, hvor det er relevant for det videre forløb. Her

kan øvrige notater også tilgås.

Epikrisen udarbejdes efter de til enhver tid gældende regionale retningslinjer for udarbejdelse af den gode epikrise. ([Epikrise - Udarbejdelse og indhold af den gode epikrise \(rn.dk\)](#)). Herunder skal oplysning om behandlingsniveau og lægeligt fravalg af genoplivning ved hjertestop fremgå af epikrisen.

5. Opfølgende indsatser

I forbindelse med afslutning af forløbet på hospitalet bør borgeren være informeret om, hvornår og hvordan den næste kontakt med den kommunale hjemmepleje eller sygepleje finder sted.

5.1 Den kommunale akutfunktion – herunder henvisning og afslutning

Alle 11 kommuner i Region Nordjylland har akutfunktioner, der overholder [Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner](#).

Den kommunale akutfunktion kan organiseres som selvstændige teams (akutteams) eller som integreret i den kommunale sygeplejes organisering – eventuelt suppleret med akutpladser. Akutteams forstås som en udekørende funktion, hvor sygeplejen ydes i patientens hjem, herunder plejebolig og midlertidige døgnophold eller botilbud. Akutpladser forstås som en stationær plads på en kommunal matrikel.

Enkelte kommuner i Region Nordjylland har akutpladser med sygeplejerskebemanding hele døgnet året rundt. Alle 11 kommuner har desuden midlertidige pladser (med forskellige benævnelser og indhold), som skal ses i sammenhæng med akutpladser og den udekørende funktion.

Sygeplejersken i den akut udekørende funktion kan tilse borgeren i eget hjem, plejehjem eller botilbud hurtigt efter aftale. Det tilstræbes, at dette sker inden for højst 1 time efter lægens anmodning, hvis der er behov for det. Der arbejdes efter ABCDE/ISBAR metoden, som er en systematisk tilgang til kritisk syge borgere med henblik på vurdering af patientens akutte helbredssituation.

En oversigt over de kommunale akutfunktioner findes via de [kommunale og regionale sundheds- og forebyggelsestilbud](#) under overskriften "Akut/subakut indsats (65+)".

Det er kommunen, som visiterer til akutfunktionen, og det er kommunernes ansvar, at akutfunktionen kan modtage relevante patienter døgnet rundt, dog under hensyntagen til den eksisterende kapacitet.

Praktiserende læge, vagtlæge og hospital har sammen med kommunerne mulighed for at henvise til den kommunale akutpladser, hvis patienten er i målgruppen. Det er udelukkende praktiserende læger eller vagtlæger, der kan henvise til akutte udekørende besøg fra den kommunale sygepleje.

En henvisning til akutfunktionen skal fortsat altid forudgås af et telefonopkald til akutfunktionen.

Henvisning til akutfunktion forudsætter ikke forudgående indlæggelse/udskrivelse.

Når indsatsen i akutfunktionen afsluttes, sender akutfunktionen et afslutningsnotat til den praktiserende læge. Når et forløb afsluttes i akutfunktionen, overgår behandlingsansvaret for patienten automatisk til den praktiserende læge medmindre patienten fortsat er omfattet af 72 timers behandlingsansvar (dog med undtagelse af sygdomme, hvor patienten går i ambulant forløb på hospitalet).

5.2 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar – herunder forlængelse

I Region Nordjylland er der fra 1. november 2023 indført [72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar](#):

Målgruppen er patienter, som er færdigbehandlede og efter indlæggelse i mindst 24 timer udskrives

fra et somatisk hospital til en midlertidig plads, et plejecenter eller sygepleje i eget hjem, herunder botilbud.

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar defineres som det lægefaglige behandlingsansvar, som den udskrivende afdeling påtager sig ved udskrivelse af patienten og frem til 72 timer efter udskrivelse. Udskrivende afdeling påtager sig i denne periode at håndtere henvendelser døgnet rundt fra social- og sundhedsassistenter/sygeplejersker i primærsektor samt praktiserende læge og lægevagt i forlængelse af patientens udskrivelse fra hospitalet. Henvendelserne kan indebære spørgsmål af sygeplejefaglig såvel som lægefaglig karakter.

Kontakten til udskrivende afdeling kan ske døgnet rundt til den centrale telefonvisitation på tlf. 9764 8650.

Sygeplejersken på den udskrivende afdeling informerer kommunen via Udskrivningsrapport (felt 30 om fremtidige aftaler) om, at patienten udskrives med 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar. Sygeplejersken udleverer kopi af epikrisen til patienten.

Hospitalslægen informerer praktiserende læge tydeligt via epikrise om, at patienten udskrives med 72 timers lægefagligt behandlingsansvar, samt om udskrivelsestidspunktet.

Hvis hospitalslægen vurderer det hensigtsmæssigt, kan det lægefaglige behandlingsansvar forlænges udover 72 timer.

Ved forlængelse orienteres kommunen telefonisk, og det nye tidspunkt for afslutning dokumenteres i både kommunens og hospitalets journalsystemer. Hospitalet fremsender desuden en ambulant epikrise til praktiserende læge, hvori der tydeligt informeres om forlængelsen, samt om det nye tidspunkt for afslutning.

5.3 Opfølgende dialog

For de særligt svækkede patienter er det vigtigt, at der etableres en opfølgende dialog mellem kommunen og almen praksis med det formål at koordinere en fælles plan for det videre forløb. Dette skal ske med henblik på blandt andet at sikre sammenhæng i indsatsen samt at forebygge genindlæggelser.

Denne opfølgende dialog/koordinering sker typisk via telefonopkald, korrespondancemeddelelser eller videokonsultation.

6. Medicin i sektorovergange

6.1 Generelt om recepter og behandlingsansvar

Den behandlingsansvarlige læge fornyer relevante recepter. Se evt. ["Recepter til borgere, der bevæger sig over sektorgrænser i Region Nordjylland – sundhed.dk"](#).

Hovedprincipper:

1. Fælles Medicinkort (FMK) skal ajourføres ved sektorovergange
2. Den læge, der starter behandling med et lægemiddel, er ansvarlig for både ordinationen og recepten, en behandlingsplan og en plan for opfølgning.
3. Gældende regler for ordinationer i FMK følges for såvel faste- som engangsordinationer med anført stopdato og evt. ud- eller optrappingsplan.

6.2 Generelt om medicin ved ambulante forløb

Borgerens aktuelle medicin på henvisningstidspunktet fremgår af ajourført FMK fra egen læge.

Foretages der ændringer i medicin:

- Fremgår dette af ajourført FMK. Hospitalet medgiver om nødvendigt borgeren en opdateret medicinliste fra FMK. Udskriften skal om nødvendig suppleres med yderligere oplysninger, så udleveret medicinliste stemmer overens med dispenseret medicin, som udleveres fra hospitalet.
- Der oprettes recept og der laves aftale med borgeren eller eventuelt pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen på apoteket.
- Vurderes et behov for hjælp til medicindispensering eller/og medicinadministration, kontaktes kommunen jf. [kontaktliste for kommunerne](#). Kommunen foretager den endelige vurdering.

Ved ambulante besøg sender hospitalet ambulatorienotat til egen læge og evt. kommunen, så den nødvendige opfølgende behandling kan iværksættes. Ændringen af medicineringen fremgår af ambulatorienotatet og ajourført FMK, eventuelt tillige med en kopi af medicinlisten fra FMK til borgeren.

6.3 Dosisdispenseret medicin ved ambulante forløb

Hvis borgeren får dosisdispenseret medicin, tager ambulatorielæge stilling til, om eventuel ny medicin kan dosisdispenseres.

Borgere med dosisdispenseret medicin bør fortsætte med dosisdispensering ift. den del af medicinen, som vurderes at være stabil. Resten af medicinen kan sidedispenseres. Dosisdispensering kan sættes i bero af ambulatorielægen.

Lægen skal ved dosisdispenseret medicin huske at tage stilling til, hvor længe recepten skal fortsætte efter næste konsultation. Dette for at sikre, at borgeren får sin medicin men også for at understøtte, at borgeren fortsat kommer til planlagt kontrol og opfølgning.

Ved akutte ambulante situationer f.eks. i skadestue kan dosisdispenseringen som udgangspunkt fortsætte, hvis det skønnes lægefagligt forsvarligt i forhold til borgerens sygdom og behandling.

6.4 Generelt om medicin ved indlæggelse og udskrivelse

Borgerens aktuelle medicin fremgår af FMK.

Indlæggelse:

Praktiserende læger og vagtlæger bør ajourføre FMK ved indlæggelsen. Har hospitalspersonalet brug for yderligere oplysninger vedrørende borgerens medicin, kontaktes enten kommunen (jf. kommunale kontaktlister) eller egen læge.

Borgeren skal ikke medbringe allerede dispenseret medicin. Ej heller dosisdispenseret medicin. Hvis borgeren får medicin i form af spray, dråber, salve o. lign., skal dette medbringes ved indlæggelsen.

Ved nogle korterevarende indlæggelser kan borgeren blive bedt om at medbringe egen medicin hjemmefra. Dette vil fremgå af indkaldelsesbrevet. Får borgeren desuden f.eks. projektmedicin eller medicin udleveret fra andre hospitaler, medbringes dette også.

Udskrivelse:

Ved udskrivelsen ajourføres FMK. Det sikres, at borgeren har recepter på aktuel medicin.

Foretages ændringer i medicin:

- Skal dette fremgå af ajourført FMK. Hospitalet medgiver borgeren om nødvendig en opdateret medicinliste fra FMK. Udskriften skal om nødvendig suppleres med yderligere oplysninger, så udleveret medicinliste stemmer overens med dispenseret medicin, som udleveres fra hospitalet.
- Oprettes recept og laves aftale med borgeren eller eventuelt pårørende om udbringning eller afhentning af medicinen på apoteket.

Vurderes et behov for hjælp til medicindispensering eller/og medicinadministration efter udskrivelsen, skal dette fremgå af plejeforløbsplanen under sygeplejefaglige problemområder. Kommunen foretager den endelige vurdering.

Borgeren medgives medicin, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket. Doseringen afsluttes altid med hele døgn så der er tid i apotekets åbningstid til at fremskaffe medicinen. Er der ikke medsendt medicin, indtil medicinen kan udbringes eller afhentes på apoteket – kontaktes den udskrivende afdeling, som herefter sørger for udbringning af medicin.

Ved smertebehandling (f.eks. efter operation) laves der en udtrappingsplan anført i FMK og udstedt tilhørende recepter. Ved ændringer i smerteplanen kontaktes udskrivende afdeling indenfor 72 timer efter udskrivelsen. Derefter kontaktes praktiserende læge, som fornyer recepter. Ved komplicerede smerteforløb kan praktiserende læge henvise tilbage til udskrivende afdeling.

Oplysninger om medicin skal fremgå af Udskrivningsrapporten jf. MEDCOMS vejledning: [Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#).

6.5 Dosisdispenseret medicin ved indlæggelse og udskrivelse

Ved indlæggelse af borgere, der får dosisdispenseret medicin, tages der stilling til, om dosisdispensering kan fortsætte eller skal sættes i bero.

Hvis dosisdispensering er sat i bero, tages der ved udskrivelsen stilling til, om dosisdispensering kan genoptages.

Borgere indlagt med dosisdispenseret medicin bør som hovedregel udskrives med dosisdispenseret medicin ift. den del af medicinen, som vurderes at være stabil. Resten af medicinen kan sidedispenseres.

Hvis dosisdispensering af medicin ikke genoptages:

- Sikres udfærdigelse af almindelige recepter via FMK på samtlige ordinationer.
- Vurderes et behov for hjælp til medicindispensering og/eller medicinadministration indtil egen læge har vurderet, hvorvidt dosisdispensering kan iværksættes, skal dette fremgå af plejeforløbsplanen under sygeplejefaglige problemområder (se afsnit 4.4). Kommunen foretager den endelige vurdering.
- Det skal fremgå af epikrisen, at dosisdispensering er sat i bero.

Der henvises i øvrigt til den regionale retningslinje for "[Håndtering af dosisdispenseret medicin i Region Nordjylland](#)".

6.6 Ansøgning om tilskud til medicin

Det påhviler altid den ordinerende læge at søge om medicintilskud, hvis det er relevant.

6.7 Vederlagsfri medicin

Patienter, der ikke er indlagt på hospitaler, men stadig er i hospitalsbehandling, kan i nogle tilfælde få udleveret vederlagsfri medicin fra hospitalet. Det påhviler hospitalet at udlevere vederlagsfri medicin jævnfør [principnotat for](#) udlevering af vederlagsfri medicin.

Det er vigtigt, at medicin udleveret direkte fra afdelingen som vederlagsfri medicin er korrekt mærket.

7. Orlov fra hospitalet

Har borgeren gennemgået et længerevarende sygdomsforløb, kan der ved gensidig aftale mellem hospitalet og kommunens visitation - i dialog med patient/pårørende - etableres prøvedskrivelse/orlov.

En prøvedskrivelse på op til 3 dage registreres i det patientadministrative system som en orlov og ikke som en udskrivelse. Der vil således ikke være tale om en ny indlæggelse efter endt orlov. I forbindelse med helligdage kan det aftales at forlænge orloven i op til to perioder.

Hospitalet kan selvstændigt - i dialog med borger/pårørende - bevilge orlov til de personer, der ikke har behov for kommunale ydelser under prøvedskrivelsen.

En udvidet koordinering af komplekse genoptræningsforløb kan finde sted ved fælles deltagelse i hjemmebesøg. Når hospitalet/lægen finder indikation for nødvendigheden af hjemmebesøg, aftales det i fællesskab mellem kommune og hospital og i samarbejde med patienten, hvorvidt der er behov for hjemmebesøg.

Der forventes i 2024 at blive implementeret en ny standard for sygehusadvisering, som vil advisere om, at borgeren er på orlov fra sin indlæggelse. Dette vil afstedkomme et behov for at justere samarbejdsaftalen.

8. Udskrivelse af terminalt syge patienter

Den palliative indsats tilbydes på basalt og specialiseret niveau.

Borgere med en uhelbredelig, fremadskridende dødelig sygdom skal som udgangspunkt have mulighed for at få deres ønske opfyldt ift., om de ønsker at tilbringe den sidste tid i eget hjem, på plejehjem, på hospital eller på hospice (hvis borger er i målgruppe for hospice).

Ved terminale borgere udarbejder hospitalet en terminalerklæring, som indeholder oplysning om, at borgeren er terminal. Denne terminalerklæring skal foreligge ved udskrivningskonference eller ved udskrivelsen.

Terminale borgere har som udgangspunkt mulighed for åben indlæggelse.

Terminale borgere i den terminale fase, hvor tilstanden fører til døden inden for dage/få uger, som ønsker at tilbringe den sidste tid på hospitalet, betragtes ikke som færdigbehandlede.

Når en terminal borger udtrykker ønske om at tilbringe den sidste tid på hospice, sender den henvisende læge en henvisning til Team for lindrende behandling eller direkte til hospice. For terminale borgere indlagt på hospice opkræver regionen færdigbehandlingstakst af borgerens bopælskommune men afholder også alle driftsudgifter til hospicetilbuddet.

Kommunens sygeplejerske kan kontakte Team for lindrende behandling om rådgivning og intervention i forhold til problemstillinger vedrørende det terminale forløb.

9. Telefonisk kommunikation og svarfrister for korrespondancemeddelelser

Effektiv kommunikation er afgørende i sikringen af den sammenhængende indsats mellem kommune, hospital og almen praksis og dermed for, at borgeren oplever et sammenhængende forløb.

9.1 Telefonisk kommunikation

Telefontilgængeligheden er et afgørende fundament i sikringen af den effektive kommunikation. For at understøtte dialogen mellem sektorerne er parterne gensidig tilgængelige for telefoniske henvendelser.

Kontakten til hospital/udskrivende afdeling kan ske døgnet rundt. Ved borgere omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar ringes til centralt telefonnummer dækkende for hele regionen (se afsnit 5.2).

Almen Praksis kan kontaktes via "bagnummer"/akutnummer. Hospitaler og kommuner har adgang til disse telefonnumre, som opdateres og udsendes en gang om året.

Kontakten til kommunerne kan ske døgnet rundt via telefonnumre, der kan findes på [kontaktliste for kommunerne](#).

9.2 Svarfrister for korrespondancemeddelelser

Korrespondance er en klinisk sikker e-mail med patienthenførbare oplysninger, som udveksles på lukkede netværk. Bemærk, at korrespondancekommunikation mellem hospital og kommune kun kan opstartes med en korrespondance fra hospitalet.

Korrespondancer fra hospital til kommune

- Korrespondancemeddelelser afsendt fra hospitalet inden kl. 14 på hverdage læses og handler kommunen på samme dag.
- Korrespondancemeddelelser afsendt fra hospitalet efter kl. 14 på hverdage eller korrespondancer i weekend og på helligdage, læses og handler kommunerne på den efterfølgende hverdag.

Korrespondancer fra hospital til almen praksis

- Korrespondancemeddelelser mellem hospitalerne og almen praksis er beskrevet i Region Nordjyllands PRI-dokument [Region Nordjylland PRI \(rn.dk\)](#)

Korrespondancer fra kommune til hospital

- Korrespondancemeddelelser vedrørende indlagte patienter, der sendes fra kommune til hospital inden kl. 14 på hverdage, læses og besvares af hospital samme dag.
- Korrespondancemeddelelser vedrørende indlagte patienter, der sendes fra kommune til hospital efter kl. 14 på hverdage eller i weekenden og på helligdage, læses og besvares af hospital senest efterfølgende hverdag.
- Korrespondancemeddelelser vedrørende patienter i ambulante forløb, der sendes fra kommuner til hospital, læses og handles der på ved patientens næste ambulante kontrol. Der kan kun forventes svar fra det speciale korrespondancemeddelelsen sendes til og ikke eventuelle øvrige specialer patienten måtte være tilknyttet. Undtagelsen er korrespondancer tilknyttet sårjournalen", hvor hospitalet skal læse og handle der på indenfor 2 hverdage. Se evt. [Samarbejdsaftale om telemedicinsk sårvurdering](#).
- Korrespondancemeddelelser fra kommuner til hospital, der modtages efter, at borgeren er afsluttet på hospitalet, handles der ikke på.

Korrespondancer mellem kommune og almen praksis

- Korrespondancemeddelelser mellem praktiserende læge og kommunen er reguleret i [gældende overenskomst](#). Heri fremgår bl.a., at ”svartiden gensidigt tilstræbes at være maksimalt tre hverdage”.

I overenskomsten fremgår det at ”korrespondancer omfatter enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter om konkrete helbredsmæssige problemstillinger hos en patient, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. Korrespondancer omfatter også meddelelser til kommunens plejepersonale med svar på laboratorieprøver eller undersøgelser samt eventuel behandlingsplan. Desuden omfattes situationer, hvor hjemmeplejen/plejehjemmet sender meddelelse med observationer vedrørende patienten, og lægen svarer med en behandlingsplan.”

Korrespondancer omfatter også botilbud, da botilbud varetager en stor del af pleje og behandling uden sygeplejens indblanding.

10. Implementering og opfølgning

Implementering af samarbejdsaftalen er et ledelsesansvar i henholdsvis region og kommuner.

10.1 Centrale temaer til opfølgning på aftalen

En tæt monitorering af implementeringen forudsætter data for udviklingen i de mest centrale dele af aftalen.

Data er nødvendige for at kunne sikre det rigtige beslutningsgrundlag.

Tal forudsætter dog registreringer – som kan være tidskrævende. Udgangspunktet i opfølgningen er, at der ikke etableres nye registreringer. Afholdelse af målrettede audits betragtes ikke som nye registreringer.

Mulige indikatorer fremgår af bilag 6 og omhandler følgende centrale temaer:

- Indlæggelsesrapporten
- Plejeforløbsplanen
- Udskrivningsrapporten
- Færdigbehandling
- Medicinhåndtering
- Behandlingsniveau og fravalg af genoplivning
- Opfølgende dialog og samarbejde efter udskrivelse – herunder genindlæggelser

Indikatorer og temaer kan i implementeringsprocessen blive præciseret, bortfalde eller blive suppleret af andre relevante indikatorer og temaer.

10.2 Tværsektoriel organisering

Der etableres en regionsdækkende følgegruppe på chefniveau. Gruppen skal understøtte den lokalt forankrede implementering, koordinere opfølgning på implementeringen og sikre en løbende stillingtagen til opdatering af aftalen.

Af hensyn til at bevare mest mulig viden i følgegruppen består gruppen af deltagerne fra arbejdsgruppen til opdatering af samarbejdsaftalen med enkelte suppleringer.

Repræsentanterne i følgegruppen bør sikre koordinering til den lokale klynges arbejde.

Følgegruppen for samarbejdsaftalen får til opgave, at:

- Sikre en implementeringsaftale med en tydelig handleplan, der giver vished for, at alle aftalens elementer implementeres.
- Sikre en kommunikationsplan for implementeringen
- Sikre implementeringsunderstøttende initiativer – i form af f.eks. fælles powerpoints og videoklip.
- Sikre opdatering af samarbejdsaftalen, når der viser sig et behov for dette – herunder sikre løbende dialog om og opdatering af bilag.
- Sikre koordinering af implementeringen og opfølgningen på implementering af aftalen med afsæt i bilag 6 – herunder ensartede auditskemaer og koordinering af afholdelse af audits samt koordinering af datatræk af hensyn til sammenlignelighed og læring på tværs.

Følgegruppen har mulighed for at nedsætte midlertidige underarbejdsgrupper i det omfang, det skønnes hensigtsmæssigt.

Følgegruppen skal have fokus på den digitale understøttelse af samarbejdet. Herunder sikre koordinering mellem det arbejde, der foregår i følgegruppen og den kommende tværsektorielle følgegruppe på IT-området, der bl.a. har ansvaret for den tværsektorielle koordinering af den tekniske udvikling og implementering af MEDCOM standarder i Nordjylland. Der skal f.eks. arbejdes på, at flest mulige oplysninger kan fremsendes via den automatiske indlæggelsesrapport.

Følgegruppen mødes efter behov. Mødefrekvensen fastlægges af følgegruppen selv, og møderne vil afholdes som virtuelle eller fysiske møder.

Følgegruppen har en kommunal og en regional formand – som udgør et fælles formandskab.

Følgegruppen understøttes af en fælles sekretariatsfunktion mellem Region Nordjylland og kommunerne.

10.3 Aftalens implementering samt evaluering af aftalen og implementeringen

Der vil være en overgangsperiode, hvor samarbejdsaftalen er godkendt, men endnu ikke er fuldt implementeret. Eventuelle udfordringer i denne anledning vil blive drøftet i følgegruppen i gensidig forståelse af, at der vil være en overgangsfase, hvor ikke alle kender til eller har implementeret hele aftalen.

Følgegruppen fremlægger årligt en status til Strategisk Sundhedsforum med udgangspunkt i de i bilag 6 nævnte indikatorer, hvor aftalens indhold og implementering drøftes - indtil andet besluttet af Strategisk Sundhedsforum. Første gang primo 2025.

Bilag 1: Supplerende vejledning ved udfyldelse af manuel indlæggelsesrapport

Formålet med nedenstående liste er at sikre en fyldestgørende manuel opdatering af den automatisk fremsendte indlæggelsesrapport og dermed sikre den bedste overgang til hospitalsindlæggelse.

Den automatiske indlæggelsesrapport opdateres med en manuel indlæggelsesrapport ved alle indlæggelser af kendte borgere.

Nedenstående liste er udtryk for væsentlige oplysninger og udfyldes i det omfang, kommunerne har kendskab til dem. F.eks. skal det ikke udfyldes, om der er trapper i en bolig, hvis den kommunalt ansatte ikke kan huske, om der er trapper i boligen.

Der arbejdes på at flest mulige oplysninger fremsendes automatisk.

Emne	Behandlingsplan?	Felt i Trin for trin guide*
KONTAKTOPLYSNINGER	<ul style="list-style-type: none"> Hvis borger bor på plejehjem, midlertidigt ophold eller botilbud: <ul style="list-style-type: none"> Skriv navn på stedet samt telefonnummer Kontakt oplysninger på relevante nøglepersoner fx demensvejleder Er pårørende kontaktet? <p>OBS – Der skal arbejdes på at dette skal sendes i den automatiske indlæggelsesrapport eller kommer til at fremgå af FSK</p>	6
FUNKTIONSNIVEAU	<ul style="list-style-type: none"> Særlige forhold i forhold til manglende overblik og initiativ? <p>Denne bliver ikke sendt automatisk, men funktionsevneniveauet bliver skrevet under "funktionsevner, dato for funktionsevne og funktionsevneniveau (Score indenfor personlig hygiejne, mobilitet, mad og drikke)"</p>	12
BOLIGFORHOLD	<ul style="list-style-type: none"> Er boligen velegnet til ganghjælpemidler? Er der trapper eller trin i borgers bolig? Har borger greb på badeværelset, løse tæpper eller andet som har betydning for borgers aktivitet og deltagelse. <p>OBS – Der skal arbejdes på at dette skal sendes i den automatiske indlæggelsesrapport.</p>	14
FORANDRING OP TIL INDLÆGGELSEN	<ul style="list-style-type: none"> Beskriv borgers forløb de sidste tre dage inden indlæggelsen <p>Denne oplysning vurderes ikke at kunne indgå i den automatiske indlæggelsesrapport.</p>	23

BEHANDLINGSNIVEAU OG GENOPLIVNING	<p>Behandlingsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øvrige behandlingsniveauer fra lægen, som fx at patient/borger ikke skal indlægges, fx ved lungebetændelse – angiv dato og ordinerende læges navn. <p>Fravalg af genoplivning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giv besked, hvis der er taget stilling til, at patient/borger ikke skal genoplives ved hjerrestop og angiv dato og ordinerende læges navn. <p>Oplysning skal fremgå af "Årsag til aktuel indlæggelse".</p>	23
DE 12 SYGEPLEJEFAGLIGE PUNKTER:	Alle oplysninger vil kunne blive fremsendt automatisk hvis der er en aktiv eller potentiel sygeplejefaglig problemstilling.	
BEVÆGEAPPARATET	<ul style="list-style-type: none"> • Er der særlige hensyn eller en speciel tilgang til borger? 	28, automatisk
ERNÆRING	<ul style="list-style-type: none"> • Har der været et vægttab eller vægtøgning inden indlæggelsen? • Har der været igangsat væske/kost registrering? • Dysfagi. Beskriv kostniveau • Sonde. Hvad gives normalt på sonden? (står denne information inde i regionens journalsystem) 	28, automatisk
HUD OG SLIMHINDER	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke sår har borger og hvor er de placeret? • Sårplan? • Ordination på håndkøbsmedicin og plan herfor vedrørende hudlidelser 	28, automatisk
KOMMUNIKATION	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis borger ikke kan tale, kan borger tegn til tale eller andre måder at kommunikere på? • Har borger ekspressiv afasi, impressiv afasi eller dysartri? Er der særlige hensyn? 	28, automatisk
PSYKOSOCIALE FORHOLD	<p>Har borger udfordringer med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialt samvær. F.eks. er borger udad reagerende eller har grænseoverskridende adfærd? • Emotionelle problemer. F.eks. er borger i sorg, angst, vrede, stressede eller er urolig? • Problemer med misbrug? • Mentale problemer. F.eks. tvangstanker, tvangshandlinger, trist, manglende impuls kontrol, apati udløst af psykisk sygdom? 	28, automatisk
RESPIRATION OG CIRKULATION	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor meget ilt er borger ordineret? - både antal liter ilt og hvor mange timer i døgnet • Hvad er acceptabel SAT (iltmætning i %)? 	28, automatisk

	<p>OBS - om denne ordination kan komme på FMK (fælles medicinkort) så denne ordination ikke skal gives fra kommunen til hospitalet og fra hospitalet til kommunen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der kompressionsbehandling? • Ødemtendens 	
SEKSUALITET	<ul style="list-style-type: none"> • F.eks. mentale eller fysiske samlivsproblemer - forårsaget af sygdom, operation eller medicin. 	28, automatisk
SMERTER OG SANSEINDTRYK	<ul style="list-style-type: none"> • Har borger akutte, periodiske eller kroniske smerter? • Har borger problemer med synssansen, lugtesansen, hørelsen, smagssansen, eller følesansen? 	28, automatisk
SØVN OG HVILE	<ul style="list-style-type: none"> • Har borger problemer med døgnrytmen? • Har borger søvnproblemer? 	28, automatisk
VIDEN OG UDVIKLING	<ul style="list-style-type: none"> • Har borger problemer med hukommelsen? • Herunder er borger kendt med demens? • Har borger problemer med sygdomsindsigt? • Kan borger give et informeret samtykke (generel fuldmagt)? • Har borger kognitive problemer (I forhold til tilgang/hensyn til borgeren)? 	28, automatisk
UDSKILLELSE AF AFFALDSSTOFFER	<p>Kateter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det permanent? • Hvornår er kateteret anlagt og hvornår er der planlagt skift? <p>SIK (Steril Intermitterende Kateterisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årsag? • Hvad er hyppigheden af SIK? <p>Stomi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilken slags pose har borger en bevilling på? • Hospitalet ønsker at der medsendes en pose og plade. <p>Problemer med inkontinens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har borger en bevilling på bleer? • Afføring. Er der er særligt mønster? <p>Dialysebehandling – hvis borger får dialyse <u>uden for</u> Region Nordjylland</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilken slags dialyse får borger? • Hvor udføres dialysen? 	28, automatisk

* Jf. [Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)

Bilag 2: Supplerende vejledning ved udfyldelse af plejeforløbsplan

Formålet med nedenstående liste er at sikre en fyldestgørende plejeforløbsplan og dermed forebygge behovet for opfølgende spørgsmål til plejeforløbsplanen fra hospitalet. Listen dækker det generelle niveau, dvs. de områder, hvor kommunerne hyppigst oplever udfordringer.

Det er ikke forventningen, at listen vil medføre, at der aldrig vil være spørgsmål, der kræver yderligere dialog mellem hospital og kommunen. Målet er, at listen over tid kan undværes, fordi opmærksomhedspunkterne efterhånden vil blive til rutiner på hospitalet.

Hvis en borger korttidsindlægges uden der iværksættes behandling, udfyldes plejeforløbsplan med kort passus om "ikke påbegyndt behandling".

Hvis patienten flytter adresse, er det vigtigt at beskrive, hvornår patienten har opfølgning hos fx ambulatorie, egen læge eller andre.

Plejeforløbsplanen tager udgangspunkt i indlæggelsesrapporten.

Emne	Behandlingsplan?	Felt i Trin for trin guide*
Arbejdsredskaber til plejen af borger (APV)	<ul style="list-style-type: none"> Hvis der sendes flere end en PFP: Er der slettet "gamle" beskrevne hjælpemidler som ikke længere er aktuelle ved udskrivelse? Hvilken type sejl og størrelse er der behov for? Hvis der vurderes behov for plejeseng, er der beskrevet årsagen til behovet? 	16
Trykafastende hjælpemidler	Er der rødme eller tryksår og hvis ja, Hvor er rødme/tryksår placeret?	16
Særligt i forhold til kørestole	<ul style="list-style-type: none"> Er der behov for toiletforhøjer? Hvis der er behov for en kørestol er der behov for: <ul style="list-style-type: none"> Angiv type: transport eller komfortkørestol <p>Angiv patientens kropsmål og gerne sædebredde, sædedybde samt crusermål.</p>	16
Boligindretning	<ul style="list-style-type: none"> Hvor i boligen skal plejesengen installeres, og er det aftalt med pårørende ift. at gøre plads til plejesengen? Er der udfordringer ved adgangsforhold, f.eks. meget høje trin udenfor i forhold til levering af hjælpemidler. <p>Hvis der er lavet aftale om levering af hjælpemidler, oplys navn og kontaktoplysninger på vedkommende</p>	16
ILTBRUGERE	<ul style="list-style-type: none"> Hvor meget ilt er borger ordineret? <ul style="list-style-type: none"> - både antal liter ilt/min - og hvor mange timer i døgnet Hvad er acceptabel SAT (iltmætning i %)? Installation af ilt/airvo i eget hjem/midlertidige pladser (hospitalet bestiller - samt flytning af ilt-apparat) Hvornår har borger næste tid i ambulatorium? Det er lungemedicinsk afdeling, der ordinerer ilt. 	24

FRAKTURER	<ul style="list-style-type: none"> • Er der regime, (retningslinjer, der fx betyder særlige hjælpemidler)? 	24
VED LIVETS AFSLUTNING	<ul style="list-style-type: none"> • Er der behov for medicin til injektion, eller kunne man forestille sig, at der bliver behov i løbet af få dage? I så fald hvilken medicin? (smerter, uro, kvalme og evt. vanddrivende og sekrethæmmende og saltvand – al medicin skal ordineres på FMK?) Er der anlagt subkutan adgang • Hvad er max pn dosis (medicin efter behov) Beskriv hvornår der sidste gang er givet PN medicin. • Er Team for lindrende behandling tilknyttet? • Er der søgt terminaltilskud? • Er der lavet terminalerklæring? 	24
BORGERE MED MEDICINÆNDRINGER	<ul style="list-style-type: none"> • Er der ophørt medicin og i så fald, hvorfor og er der særlige opmærksomhedspunkter? • Er der opstartet nyt medicin og i så fald, hvorfor og er der særlige opmærksomhedspunkter? • Er der lavet udtrappingsplan eller seponeringsdato? • Er der planlagt opfølgning og hvor? • <i>Obs dosisdispensering i sektorovergang.</i> • Hvis der er udarbejdet recepter – er der lavet aftale vedrørende udbringning af medicin fra apoteket, når pårørende ikke kan hente medicinen? • Ved blodfortyndende injektion: skal ordinationen konverteres så det kan gives i dagvagt. • Husk at medsende kanyler ved særlig behandling med penne og kanyle box. 	24
KEMOPUMPE	<ul style="list-style-type: none"> • Årsag til kemopumpe? • Hvad er planen? Herunder hvor mange gange er der planlagt? (se evt. gældende IV aftale) 	24
ERNÆRING	<p>Dysfagi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostniveau – hvilken ernæring skal bestilles? • Fortykningsmiddel til drikkevarer? • Er der henvisning til ergoterapeut i kommunen til udredning for dysfagi? <p>Sonde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er årsagen til anlagt sonde? • Ved hvilket afstandsmærke er nasalsonden lagt? • Hvilken type PEG-sonde er der lagt? • Diætistnotat vedlagt? (type sondemad og indgivningshastighed, evt. vægtkontrol) • Hvad er den videre plan? Herunder er der henvist til anlæggelse af Peg -Sonde? • Skal der gives på pumpe? • Der skal medsendes sondeernæring til 5 døgn. • Hvor skal patienten følges efter anlagt sonde? <p>Parenteral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er årsagen til opstart? 	24

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad er den videre plan? • Skal der gives på pumpe? • Diætistnotat skal fremgå inden færdigmelding? <p>Er der udarbejdet grøn recept?</p> <p><i>Hospitalet leverer alle remedier og borger skal være orienteret om egenbetaling ift. sondemaden.</i></p>	
DRÆN	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken type er anlagt? • Hvilken hyppighed skal drænet tømmes med? • Hvad er den videre plan? Herunder evt. seponeringsdato 	24

* Jf. [Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)

DEFINITION AF HJÆLPEMIDLER:

["Casekatalog vedr. ansvarsfordeling i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler"](#) kan medarbejder finde svar på udlevering, finansiering og instruktion mv. i brug af behandlingsredskaber og hjælpemidler. Her findes også en vejledning i udfyldelsen af LÆ165.

Bilag 3: Vejledning til afholdelse af udskrivelseskonferencer

Hovedreglen er, at der ikke afholdes udskrivelseskonferencer, fordi fyldestgørende plejeforløbsplaner erstatter behovet for konferencer.

Undtagelsen er i de tilfælde, hvor man i fællesskab vurderer, at der er tale om et meget kompliceret forløb, hvor plejeforløbsplanens beskrivelser ikke er tilstrækkelige til at sikre et optimalt udskrivelsesforløb. F.eks. ved udskrivelsesforløb med væsentlige ændringer i borgerens behov for hjælp efter udskrivelsen. Det kan også være, hvis borger er i målgruppen for forskellige kommunale pladser (aflastningspladser, midlertidige pladser, akutpladser, botilbud mv.), og der er behov for at koordinere tilbuddet sammen med borgeren og evt. pårørende.

Formålet med udskrivelseskonferencer er at koordinere udskrivelsen via en fælles plan.

Hospitalet indkalder til udskrivelseskonferencen, som afholdes via videokonference (Microsoft Teams) medmindre andet aftales. Alle hospitalsafdelinger har en afdelingspostkasse, som anvendes til indkaldelse til videokonferencer via Teams. Udskrivelseskonferencen gennemføres hurtigst muligt efter fremsendt plejeforløbsplan – typisk senest efterfølgende hverdag.

I konferencen deltager borgeren og relevante fagpersoner fra hospitalet og kommunen. Borgeren er omdrejningspunktet og beslutter, i hvilken udstrækning pårørende og netværk (f.eks. nabo eller god ven) skal inviteres/inddrages. Det er ikke et krav, at borgeren deltager f.eks. hvis borgeren ikke er i stand til det.

Praktiserende læger inviteres, når det er det relevant. *”Praktiserende læger skal, hvor det er relevant, understøtte det kommunale personale i deres opgavevaretagelse for at skabe så smidige forløb for patienten som muligt. Det gør sig særligt gældende for patientgrupper med mange og komplekse problemstillinger”* (Kilde: [vejledning til gældende overenskomst](#) under punkt 13 Videokonferencer).

Det vil altid være en konkret vurdering, hvilke fagpersoner fra hospitalet og kommunen, der er relevante deltagere. De typiske deltagere vil være borger, pårørende, sygeplejerske fra hospital, visitator/udskrivelseskoordinator fra kommunen og evt. sygeplejerske eller/social- og sundhedsassistent fra kommunen med kendskab til borgeren.

De relevante fagpersoner fra kommunen defineres af kommunen. De relevante fagpersoner fra hospitalet defineres af hospitalet. I begge tilfælde ud fra en konkret vurdering af borgerens fremtidige behov.

Hertil skal det sikres, at personer på udskrivelseskonferencen har den nødvendige kompetence til at indgå alle aftaler om udskrivelsen – i forhold til f.eks. træning, hjælpemidler, hjemmehjælp, hjemmesygepleje m.m.

Udskrivelseskonferencer afholdes typisk under indlæggelsen, og der kan afholdes flere udskrivelseskonferencer med samme borger (typisk ved længere og komplicerede indlæggelsesforløb). Det er også muligt at afholde en udskrivelseskonference efter udskrivelsen.

Udskrivelseskonferencer under indlæggelsen afholdes så hurtigt, at borgerens ophold ikke forlænges unødigt. Der henvises til bilag 4 for en nærmere definition af færdigbehandlingsbegrebet, og hvornår en borger færdigmeldes i forbindelse med afholdelse af udskrivelseskonference.

På udskrivelseskonferencer har den kommunale visitator som udgangspunkt mødelederfunktionen, og hospitalet udfylder som udgangspunkt aftaleskemaet/skriver resume.

Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes som en revideret endelig plejeforløbsplan. Planen noteres i de respektive journaler, hvorefter udskrivelsen kan iværksættes ifølge det aftalte.

Bilag 4: Vejledning om færdigbehandlingsbegrebet

Målet med den tværsektorielle koordinering af udskrivelser er at sikre kvalitet og sammenhæng i opgaveoverdragelsen, og at borgeren kan udskrives hurtigst muligt efter det tidspunkt, hvor indlæggelse ikke er nødvendig for den videre behandling. Der vil som hovedregel være overensstemmelse mellem udskrivelsestidspunktet og færdigmeldingstidspunktet. I de tilfælde, hvor kommunen ikke har mulighed for at hjemtage borgeren på færdigbehandlingsdagen, betaler kommunen færdigmeldingstakst efter gældende takst pr. ekstra sengedag (datoskift).

”En patient er færdigbehandlet, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er nødvendig for den videre behandling. Hospitalets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, evt. midlertidige hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på tidspunktet for færdigbehandling, således at patienten ville kunne udskrives fra hospitalet.” (Sundhedsdatastyrelsen, 2023)

Det er ikke en betingelse, at hospitalerne forud har givet kommunen et varsel, men hospitalerne varsler relevante patienters udskrivelse så tidligt som muligt. Det er f.eks. ikke en forudsætning, at der er fremsendt en plejeforløbsplan hverdagen før.

I den [regionale instruks for håndtering af udskrivningsparate \(færdigbehandlede\) patienter](#) fremgår det blandt andet, at: *”Sygehuset har ret til at færdigmelde døgnet rundt - året rundt. God samarbejdsskik tilsiger dog, at sygehuset som hovedregel kun registrerer færdigbehandlingsdage på de patienter, hvor der er taget kontakt til kommunen indenfor tidsrummet kl. 8 – 21 – alle ugens dage.”*

Administrativt færdigbehandlet betyder, at der skal være udfyldt en fyldestgørende plejeforløbsplan inden udskrivelse på færdigmeldingsdagen.

Færdigmelding forudsætter desuden, at følgende vil kunne være klar på udskrivelsesdagen:

1. En fyldestgørende udskrivningsrapport – herunder fyldestgørende oplysninger om medicin.
2. Ved behov - en Genoptræningsplan og/eller Ernæringsplan.
3. Fælles Medicin Kort (FMK) skal være ajourført og afstemt.
4. De midlertidige hjælpemidler, som hospitalet har ansvar for og evt. medicin.

Hvis der vurderes at være behov for ”udvidet koordinering” i form af f.eks. en udskrivelseskonference, kan patienten først færdigmeldes fra det tidspunkt, hospitalet er klar til afholdelse af konferencen, selvom patienten betragtes som medicinsk færdigbehandlet.

Det er en kommunal afgørelse, hvilket tilbud, der tilbydes borgeren efter udskrivelsen.

Eventuel uenighed mellem region og kommuner om betaling for konkrete, færdigbehandlede patienter drøftes og afgøres på administrativt niveau mellem en af kommunerne udpeget repræsentant og en repræsentant for regionen. Målet er skabe et tværsektorielt fælles billede af, hvornår hospitalerne kan færdigmelde en borger, og hvornår hospitalerne ikke kan færdigmelde en borger. F.eks. via udarbejdelse af vejledende casekatalog, som det kendes fra hjælpemiddelområdet.

Hvis en patient ikke kan udskrives til sin hidtidige bolig og ikke er i stand til at give informeret samtykke til flytning til anden bolig, skal der altid søges værgemål. Dette er som hovedregel en kommunal opgave, men hospitalet leverer de nødvendige helbredsoplysninger til brug for ansøgningen. I denne situation

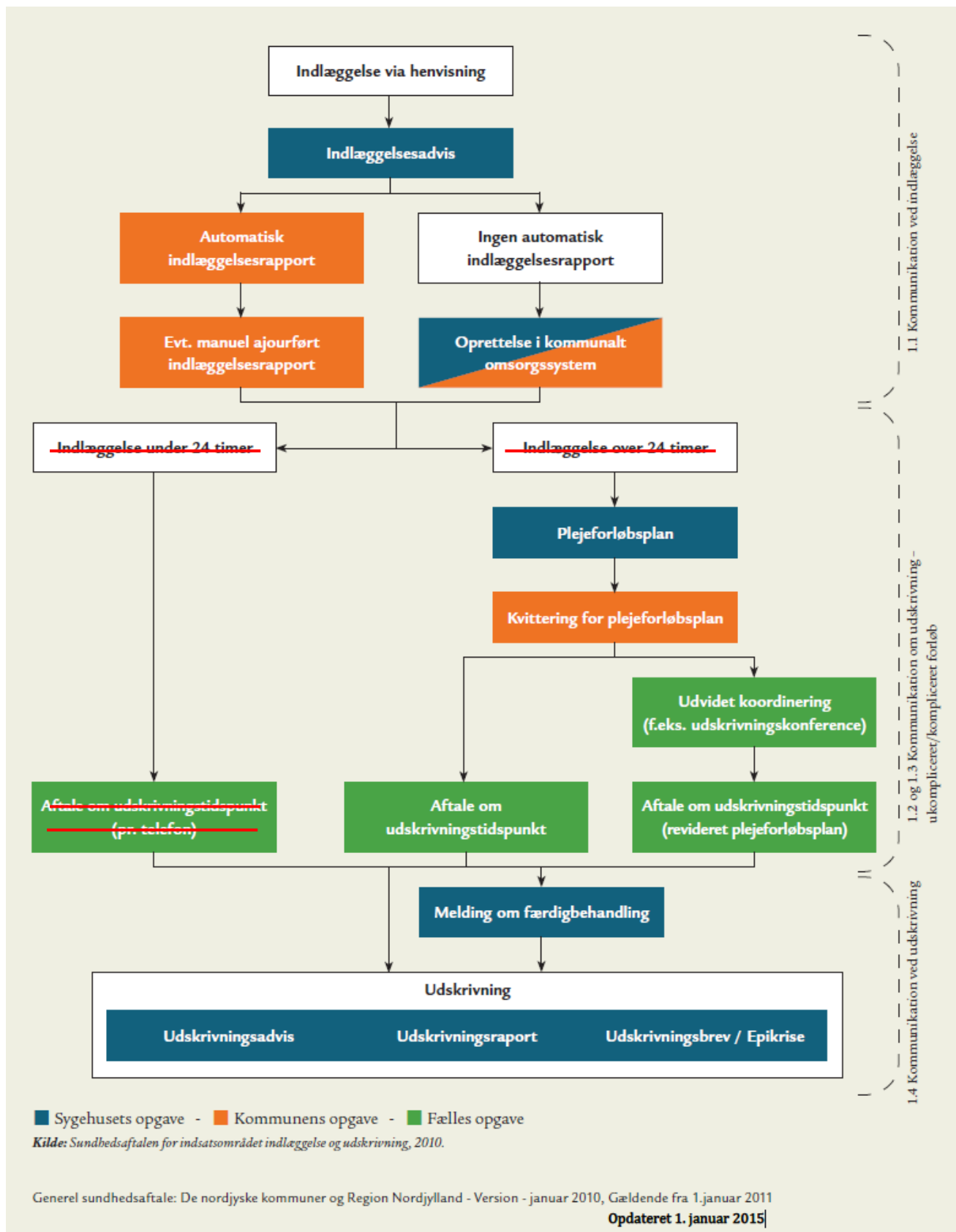
færdigmelder hospitalet patienten efter videregivelsen af de nødvendige helbredsoplysninger til brug for kommunens ansøgning om værgemål.

I undtagelsesvise tilfælde, hvor der er uenighed om behovet for værge, har regionen mulighed for selvstændigt at ansøge om værgemål. I helt særlige tilfælde, hvor anvendelsen af ovennævnte hovedregel ikke vil være hensigtsmæssig, finder der en drøftelse sted mellem regionen og kommunen om færdigmeldingstidspunktet – f.eks. hvis det er hospitalet, der har søgt om værgemål, eller der gives afslag på kommunens ansøgning om værgebeskikkelse, fordi patientens tilstand ikke er ”stationær” – forstået som, at der fortsat er mulighed for, at patientens tilstand kan forbedres.

Terminale patienter i den terminale fase, der ønsker at tilbringe den sidste tid på hospitalet, betragtes ikke som færdigbehandlede.

UDKAST

Bilag 5: Kommunikation i indlæggelses- og udskrivesforløb (skal opdateres)



Bilag 6: Overblik over indikatorer til opfølgning på aftalen

Indikatorer, som forventes at forudsætte afholdelsen af audits, er markeret med grøn.

Indlæggelsesrapport:

- Andel manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter.
- **Andel fyldestgørende indlæggelsesrapporter med afsæt i bilagsvejledning (audit).**

Plejeforløbsplaner:

- Antal plejeforløbsplaner pr. forløb (ift. målsætning om én plejeforløbsplan/forløb).
- Plejeforløbsplaners fremsendelsestidspunkt: Fordeling af tidspunkter for fremsendelse af plejeforløbsplaner (ift. målsætning om at plejeforløbsplaner fremsendes løbende og fremsendelsestidspunkterne ikke rykkes i takt med muligheden for at sende dem senere = kl. 14).
- **Andel fyldestgørende plejeforløbsplaner med afsæt i bilagsvejledning (audit).**
- Antal korrespondancer pr. indlæggelses- og udskrivelsesforløb. (Ift. målsætning om fyldestgørende plejeforløbsplaner der vil reducere behovet for opfølgende korrespondancer)

Udskrivelseskonferencer:

- Antal. Der foreslås at kommuner opretter en "indsats" så kommuner kan trække tal for det. (Ift. mål om som udgangspunkt ikke af afholde udskrivelseskonference)
- **Evaluering af afholdte udskrivelseskonferencer jf. bilagsvejledning (audit)**

Færdigbehandling:

- Antal indsigelser
- Årsag til indsigelser
- Antal omgjorte indsigelser
- Antal færdigbehandlingdage

Udskrivelsesrapporter:

- Andel fremsendte udskrivelsesrapporter.
- **Andel fyldestgørende udskrivelsesrapporter (audit)**
- Antal udskrivelsesrapporter i weekend.

Medicinhåndtering:

- Andel ordinationer uden recept ved udskrivelse
- Andel FMK ajourførte borgere ved udskrivelse
- Andel patienter udskrevet med dosispakket medicin ift. de borgere der bliver indlagt med dosispakket medicin

Behandlingsniveau og fravalg af genoplivning.

- **Antal gange det er noteret i indlæggelsesrapport og udskrivningsrapport i de rigtige felter (audit).**

Opfølgende dialog og samarbejde efter udskrivelse:

- Antal genindlæggelser (ift. mål om der ved særligt svækkede patienter etableres en opfølgende dialog mellem kommunen og almen praksis med det formål at koordinere en fælles plan for det videre forløb.)