

1. Aftale om indlæggelsesforløb

1. Værdier for det gode indlæggelsesforløb

- Vi vil medinddrage patienten og de pårørende, hvis patienten ønsker det
- Vi vil finde alternativer til uhensigtsmæssige indlæggelser
- Vi vil forberede indlæggelsen
- Vi vil sikre god kommunikation og koordinering mellem de involverede parter
- Vi vil påbegynde planlægningen af udskrivelsen ved indlæggelsen
- Vi vil sikre, at patienten oplever sammenhæng i indlæggelsesforløbet

2. Overvejelser inden eventuel indlæggelse:

Sygeplejemæssige overvejelser hos hjemmeplejens personale:

(Hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen):

Observationer vedr. borgerens helbredsmæssige situation

- Hvilke væsentlige ændringer er der hos borgeren (almen tilstand/blodtryk/puls/temperatur/respiration/hudfarve/urin/afføring/bevidsthedsniveau mm.)

Anvend **ISBAR**-kommunikation om patientbehandling med kollega/vagtlæge:

Identifikation – Situation – Baggrund – Analyse – Råd.

(vedlagt i plastiklomme)

Lægelige overvejelser i samarbejde med hjemmesygeplejen:

Har patienten et akut udrednings- og behandlingsbehov?

Er der et alternativ til indlæggelse?

- Råd og vejledning og faglig sparring hos vagthavende læge på hospitalet på den relevante afdeling eller visiterende sygeplejerske på akut modtageafdeling
- Ambulant undersøgelse næste dag (subakutte tider, daghospital mm.)

Oversigt over subakutte og specialrådgivningstilbud på regionens hospitaler.

[Link: www.](#)

Oversigt over regionale udadgående hospitalsfunktioner:

[Link: www.rm.dk/sundhed og på de enkelte hospitalers e-Dok](#)

- Alternative muligheder i kommunen

Oversigter over kommunale tilbud og telefonkontakt: [Link: Praksis.dk og](#)

[www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+ kommunerne/ under den generelle sundhedsaftale.](#)

3. Definition på uhensigtsmæssig indlæggelse:

Sundhedsstyrelsens definition jf. vejledningen om sundhedsaftaler 2006, s. 29:

”En indlæggelse på hospital, som ikke var nødvendig, hvis der var tilbud i kommunen om relevant indsats eller hvis der var mulighed for vurdering af patienten på et højere lægefagligt specialiseringsniveau på et tidspunkt, hvor en afklaring kunne foretages uden indlæggelse”.

(Gældende indtil ny fælles regional og tværsektoriel definition i Region Midtjylland foreligger i efteråret 2010)

4. Hvem gør hvad ved indlæggelse

4.1. PRAKTISERENDE LÆGE

Ved akutte og planlagte indlæggelsesforløb

Kommunikation med og information til patienten:

- Inddrager patientens og evt. pårørendes viden og kompetencer, behov, og forventninger
- Informerer patient og evt. pårørende om:
 - Indlæggelsesdiagnose
 - Evt. supplerende undersøgelser på hospitalet
 - Behandlingsmuligheder
 - Risiko for komplikationer
 - Bivirkninger ved behandling vs. ikke behandling
- Informerer patienten om at medbringe:
 - Egen medicin (ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker)
 - Evt. personligt tilpassede hjælpemidler
 - Evt. personligt MRSA-kort

Andre opgaver:

- Overvejer alternative indlæggelsesmuligheder evt. i samarbejde med kommunens hjemmepleje/hjemmesygepleje for at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser. Se pkt. 3.3.
- Er opmærksom på MRSA-huskeliste om risikosituationer og risikofaktorer [Link: SST vejledning](#)
- Udarbejder henvisning
- Udarbejder medicinoversigt. Fra 2011 ved Det Fælles Medicinkort (FMK)
- Vurderer behovet for patienttransport i forbindelse med indlæggelsen. Pjece om patienttransport: [Link: www.rm.dk/sundhed/vejledning+til+patienter/befordring](#)
- Se afsnit 5 om aftaler for udvalgte patientgrupper om specialprocedurer ved indlæggelse

Herudover ved planlagte indlæggelsesforløb:

Kommunikation med og information til patienten:

- Oplyser og rådgiver patienten og evt. pårørende om frit sygehusvalg, ventetider, patientvejleder m.m. Findes på: [www.rm.dk/sundhed/vejledning+til+patienter](#)

Andre opgaver:

- Indsamler observationer og forundersøgelser, som kan foretages i primær sektor og/eller ambulant på hospital inden indlæggelse
- Udfører evt. MRSA-kontrolpodning ved tidligere MRSA-bærere eller -inficerede

- Medinddrager evt. hjemmesygeplejen i disse forberedelser inden indlæggelsen

4.2. HJEMMEPLEJEN

Ved akutte og planlagte indlæggelsesforløb

(Hvis hjemmeplejen medvirker ved indlæggelsen):

Kommunikation med og information til patienten:

- Indhenter samtykkeerklæring hos patienten til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger mhp. udveksling af helbredsoplysninger
- Informerer patienten om det kommende indlæggelsesforløb
- Hjælper patienten med specifikke problemstillinger:
 - Egen medicin medtages ved indlæggelsen (ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker) og evt. oversigt over medicin
 - Evt. personligt tilpassede hjælpemidler
- Informerer om den normale kommunale procedure ved indlæggelse af patienter herunder afbestilling af kommunale ydelser etc.
- Opfordrer ved kendskab til patienter med personligt MRSA-kort vedkommende til at fremvise kortet ved indlæggelsen

Andre opgaver:

- Overvejer – sammen med praktiserende læge/ vagtlæge - alternative kommunale muligheder, som kan forebygge en u hensigtsmæssig indlæggelse. Se afsnit 3.
- Sender patientoplysninger ved anmodning fra hospital
- Afbestiller kommunale serviceydelser, hvis dette ikke sker automatisk i forbindelse med modtagelse af indlæggelsesadvis fra hospitalet
- Se afsnit 5 om aftaler for udvalgte patientgrupper om specialprocedurer ved indlæggelse

Herudover ved planlagte indlæggelsesforløb

Patienter med maskinel dosisdispensering

- Hjemmesygeplejen afbestiller dosisdispensering til apotek og praktiserende læge efter aftale med patienten

4.3. HOSPITALET

Ved akutte og planlagte indlæggelsesforløb

Kommunikation med og information til patienten:

- Tildeler patienten en kontaktperson
- Indhenter samtykkeerklæring hos patienten til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger mhp. udveksling af helbredsoplysninger
- Er opmærksom på MRSA-personkort og MRSA-huskeliste om risikosituationer og risikofaktorer. [Link: SST vejledning](#)

- Formidler kontakttelfonnummer til kommunen til patienter med behov for kontakt hertil (visitationen)

Oversigt over kommunale kontakttelfonnumre:

[Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommuner under den generelle sundhedsaftale bilag 1](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommuner+under+den+generelle+sundhedsaftale+bilag+1)

Andre opgaver:

- Giver besked til kommunen iht. lokal aftale, hvis indlæggelsesregistrering i kommunen ikke sker automatisk
- Specialprocedurer ved indlæggelser: se afsnit 5 om aftaler for udvalgte patientgrupper
 - Udarbejder en tværfaglig udrednings- og behandlingsplan for patienten inden for 24 timer
 - Kontakter praktiserende læge og/eller hjemmeplejen ved behov for yderligere information
 - Forbereder kommunen så tidligt som muligt og senest jf. de kommunale forberedelsestider ved forventning om funktionsnedsættelse. Se afsnit 5 i aftalen om udskrivningsforløb.

Herudover ved akutte indlæggelsesforløb

- Afbestiller kommunale serviceydelser, hvis hjemmeplejen ikke er involveret i indlæggelsen (praktisk hjælp, personlig pleje, madordning mm.)
- Underretter pårørende hurtigst muligt efter indlæggelsen, hvis det ikke er sket
- Afmelder ved indlæggelsen eventuel maskinel dosisdispensering til apotek og praktiserende læge ved at faxe standardblanket
[Link: Regionens e-Dok](#)

Herudover ved planlagte indlæggelsesforløb

- Anmoder eventuelt ved tidligere MRSA-bærere eller -inficerede om podningsvar inden indlæggelse

5. Aftaler for udvalgte patientgrupper

Åben indlæggelse

Definition:

Åben indlæggelse er en indlæggelse, som kan anvendes af patienten, pårørende eller personale i hjemmeplejen, som en direkte indlæggelse fra hjemmet til den for patienten kendte stamafdeling, uden mellemkomst af vagtlæge, skadestue eller modtageafdeling. Tilbuddet findes på alle regionens hospitaler.

Typer af målgrupper for åben indlæggelse:

1. Patienter i palliativ behandling
2. Patienter med forbigående ustabil tilstand med høj risiko for forværring af lidelsen f.eks. hjertepatienter
3. Patienter, der udskrives med ustabil tilstand f.eks. ustabil astma, svær infektion, i dialyse, i kemobehandling

Patienter i palliativ behandling:

- Får ved visitation til åben indlæggelse udleveret en Tildeling til åben indlæggelse ved palliativ indsats, som kan fremvises til hospital, vagtlæge mm.

Procedurer ved brug af åben indlæggelse ved palliativ indsats er beskrevet for hjemmeplejen, praktiserende læge/vagtlæge og stamafdeling på: [Link: Regionens e-Dok](#)

Patienter m. kommunikationsvanskeligheder

Personer, der bor på social institution og har fysisk og/eller psykisk handicap:

I hvert enkelt tilfælde aftales, hvordan behovet er ved indlæggelsen og ved udredningen og behandlingen, om et personale, som kender patienten, kan følge med på hospitalet og være der en del af tiden under indlæggelsen. Aftalen kan også omfatte personer m. demens.

2. Aftale om udskrivningsforløb

1. Værdier for det gode udskrivelsesforløb

- Vi vil medinddrage patienten og de pårørende, hvis patienten ønsker det
- Vi vil informere patienten om helbredstilstand og de forebyggelses-, behandlings- og plejetiltag, som vedkommende skal fortsætte med efter udskrivelsen
- Vi vil sikre, at patienten oplever sammenhæng i udskrivelsesforløbet
- Vi vil planlægge udskrivelsen ved indlæggelsen
- Vi vil udvise fleksibilitet og tage hensyn til patienten
- Vi vil have kommunale og regionale sundhedsydelser, som kan sikre hurtig udskrivelse efter færdigbehandling på hospitalet
- Vi vil sikre god kommunikation og koordinering mellem de involverede personalegrupper

2. Sikring af hurtig udskrivelse fra hospitalet

Kommunerne:

Kommunerne har forskellige behandlings- og rehabiliteringstilbud, støtte- og omsorgstilbud, som kan sikre hurtig udskrivelse, når patienten er færdigbehandlet på hospitalet.

Oversigter over kommunernes tilbud: [Link: www.praksis.dk](http://www.praksis.dk)

Hospitalerne:

Hospitalerne har forskellige udadgående funktioner, som kan være med til at sikre hurtigere udskrivelse. De anvendes, fordi behandlingen bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv, selv om patienten fortsat har brug for specialiseret behandling.

Oversigter over hospitalernes tilbud: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/ den+generelle+aftale og i e-Dok på det enkelte regionshospital](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/den+generelle+aftale+og+i+e-Dok+på+det+enkelte+regionshospital)

3. Færdigbehandlet patient i stationær regi - definition og sundhedsfaglig beskrivelse

I det regionale sundhedssamarbejde anvendes Sundhedsstyrelsens definition ved registrering af en færdigbehandlet patient, der ikke udskrives umiddelbart i forbindelse med, at patienten vurderes færdigbehandlet:

"En patient er efter lægelig vurdering færdig behandlet, dvs. at behandling er afsluttet eller at indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten".

(Definition fra Sundhedsstyrelsen dec. 2009)

I følgende beskrivelse af en færdigbehandlet patient uddybes Sundhedsstyrelsens definition med de faglige overvejelser og opgaver, som indgår i den daglige kliniske praksis:

Den lægelige vurdering

Ud fra en lægelig helhedsvurdering er den somatiske patient færdigbehandlet i stationær regi, når:

1. Patientens behov for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme er afsluttet eller
2. Indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling, fordi der ikke mere er behov for en specialiseret indsats, som kræver specialkundskab og/eller specialudstyr, som kun findes på et hospital eller
3. Den fortsatte almene og specialiserede behandling bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv og
4. Evt. medicin og de hjælpemidler, som hospitalet er ansvarlig for, er klar til udlevering til patienten

Information til patienten

Patienten har fået information om:

- Helbredstilstand og behandlingsmuligheder
- Andre lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder og konsekvenser af ingen behandling, risikoen for komplikationer og bivirkninger, relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder
- Eventuel mulig hjælp efter den sociale lovgivning

Information til samarbejdspartnerne

Ved udskrivelsen foreligger:

- Sygeplejeepikrise
- Genoptræningsplan ved lægeligt begrundet behov
- Rehabiliteringsplan fra de behandlingsafsnit, hvor den udarbejdes.
- Udskrivningsnotat efter indlæggelse i akut modtage-afdeling eller lægeepikrise efter 2 døgn ved indlæggelse i almindelig sengeafsnit, jf. servicemål

Sammenhængen mellem færdigbehandlet og kommunal forberedelsestid

Den kommunale forberedelsestid angiver den tid, som kommunen har brug for til at planlægge de nødvendige foranstaltninger, som skal være til stede, når patienten kommer hjem fra hospitalet.

Hvor kommunen skal inddrages jf. sundhedsaftalen om udskrivelsesforløb og kommunal forberedelsestid (se afsnit 5), aftales udskrivelsestidspunktet med kommunen, så patienten er klar til at blive udskrevet den dag, patienten bliver registreret som færdigbehandlet.

Det betyder at:

- Hospitalspersonalet i sin planlægning af udskrivelsen af den enkelte patient søger - i størst muligt omfang - at sikre sammenfald mellem den faktiske udskrivningsdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet

MEN det betyder også, at:

- Det tidspunkt, patienten registreres som færdigbehandlet på hospitalet, ikke kan ændres, selv om det ikke stemmer overens med de kommunale forberedelsestider

- Patienten ikke kan blive på hospitalet, hvis vedkommende kan modtages tidligere i den kommunale hjemmepleje end forberedelsestiden foreskriver

4. Hvem gør hvad ved udskrivelsen

HOVEDREGEL: Det er hospitalet, der har initiativpligten ved en udskrivelse.

Det udskrivende afsnit

- Medinddrager patient og evt. pårørende i udskrivningsforløbet
- Informerer patienten og evt. pårørende om diagnose, indsats for behandling og rehabilitering, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling vs. ikke behandling, forebyggelses-muligheder og muligheder for egen indsats
- Oplyser patienten og evt. pårørende om, hvordan og hvornår kontaktpersonen på hospitalet kan kontaktes, og hvor længe, kontaktpersonordningen gælder
- Udarbejder i samarbejde med patienten, evt. pårørende og visitator/hjemmesygeplejen en plan for efterforløbet
- Meddeler kommunen så tidligt i forløbet som muligt om færdigbehandlingsdato, hvis patienten har behov for praktisk hjælp, personlig pleje og/eller sygepleje Se afsnit 5. Kommunal forberedelsestid
- Giver kommunen besked, hvis der sker ændringer i patientens tilstand og dermed tidspunktet for færdigbehandling/udskrivelse
- Den kommunale visitator visiterer til de kommunale tilbud (f.eks. midlertidigt ophold på korttidsplads eller plejebolig) og er i vurderingen i dialog med bl.a. hospitalsafdeling
- Meddeler kommunen om udskrivelsestidspunkt, hvis patienten er kendt af kommunen, eller kommunen skal inddrages i efterbehandlingen
- Udarbejder genoptræningsplan hvis der er et lægeligt begrundet behov herfor
- Sender sygeplejeepikrise til hjemmesygeplejen eller medsender det patienten, hvis hjemmesygeplejen skal inddrages i efterbehandlingen
- Sender udskrivningsnotat til egen læge ved udskrivelse fra akut modtageafdeling eller medsender det patienten
- Sender lægeepikrise jf. servicemål
- Sender tværfaglig ICF-statusrapport til patientens kommune ved udskrivelse af patienter m. hovedtraume, tilgrænsende lidelser og apopleksi fra Regionshospitalet Hammel NeuroCenter, Regionshospitalet Skive og Regionshospitalet Holstebro.
[Link til ICF- statusrapport:www.rm.dk/](http://www.rm.dk/)
- Ved udskrivelse af patienter m. MRSA/formodet MRSA – Se afsnit 7 aftale om samarbejde om MRSA

5. Kommunal forberedelsestid ved udskrivelsesforløb

Den kommunale forberedelsestid angiver den tid, som kommunen har brug for til at planlægge de nødvendige foranstaltninger, som skal være til stede, når patienten kommer hjem fra hospitalet.

De generelle kommunale forberedelsestider gælder for alle patienter, der udskrives fra et hospital i Region Midtjylland med mindre, der er indgået aftaler for udvalgte patientgrupper. Se afsnit 7.

Sammenhængen mellem de kommunale forberedelsestider, færdigbehandlet patient og registreringsdato kan ses i afsnit 3. om den færdigbehandlede patient.

Typen af udskrivelsesforløb

De forskellige typer af udskrivningsforløb tager udgangspunkt i følgende to forhold:

Type 1.a og b. Kortvarige hospitalskontakter under 48 timer

(F.eks. skadestue, ambulans behandling, dagbehandling, samme dagskirurgi og ophold i akutmodtageafdeling 1-2 døgn)

Type 2. Indlæggelse i stationær i sengeafdeling.

Derudover tages der udgangspunkt i hvilke kommunale ydelser, som skal leveres:

- *A.1. og 2. Sygeplejeydelser*
- *B.1, 2, 3 og 4. Sociale serviceydelser* (f.eks. praktisk hjælp, personlig pleje, hjælpemidler og evt. i kombination m. sygeplejeydelser)

Inden for de forskellige typer af indlæggelsesforløb er forskellige kommunale forberedelsestider.

Type 1. Kortvarige hospitalskontakter

Type 1a:

HOSPITALSKONTAKT UNDER 24 TIMER:

Patienter med behov for sociale serviceydelser efter udskrivelse, evt. i kombination med sygeplejeydelser

Kontaktform til hospital:

F.eks. skadestue, ambulans behandling, dagpatient, sammedagskirurgi, åben indlæggelse eller i akut modtageafdeling under 24 timer

Sociale serviceydelser:

F.eks. personlig pleje, praktisk hjælp, hjælpemidler (Standardpakke: f.eks. toiletforhøjer, badebænk, stok - se kapitel 6 om hjælpemidler)

Hjemmesygeplejeydelser:

F.eks. Insulin, sårskift, øjendrypning, medicinering, smertebehandling, sondeernæring, terminalpleje efter åben indlæggelse

Kommunal forberedelsestid:

Der gives besked så tidligt som muligt med henblik på, at patienten kan sendes hjem indenfor samme døgn

Handlinger:

- Altid telefonisk henvendelse forud for udskrivelse

Dagtid: visitator - Vagttid: vagthavende sygeplejerske

Se oversigt over kommunal tlf. kontakt: www.praksis.dk

- Hjælpemidler, som hospitalet er ansvarlig for, medsendes patienten

- Medicin ved udskrivelsen se afsnit 6.
- Hospitalsafdelingen udleverer sygeplejeepikrise til patienten og sender en kopi til kommunen
- Oplysning om evt. egenbetaling for midlertidig hjælp

Type 1b:

EFTER 2 DØGNSOPHOLD I AKUT MODTAGEAFD.

Patienter med behov for sociale serviceydelser efter udskrivelse, evt. i kombination med sygeplejeydelser

Kontaktform til hospital:

Indlagt i akutmodtageafdeling

Sociale serviceydelser:

F.eks. personlig pleje, praktisk hjælp, hjælpemidler (f.eks. toiletforhøjer, badebænk, stok og lign. - se kapitel 6)

Hjemmesygeplejeydelser:

F.eks. Insulin, sårskift, øjendrypning, medicinering, smertebehandling, sondeernæring, terminalpleje efter åben indlæggelse

Kommunal forberedelsestid:

Besked hurtigst muligt og helst dagen før udskrivelse

Handlinger:

Se type 1.a

Type 2. Indlæggelse i stationært sengeafsnit

Type 2.A.1:

INDLÆGGELSE med behov for STANDARDSYGEPLEJEYDELSER efter udskrivelse

Hjemmesygeplejeydelser:

F.eks. Insulin, sårskift, øjendrypning, medicinering, smertebehandling, sondeernæring, terminalpleje efter åben indlæggelse

Kommunal forberedelsestid:

Kan hjemsendes samme dag

Handlinger:

- Altid telefonisk henvendelse forud for udskrivelse

Dag- og vagttid: se oversigt over kommunal telefon-kontakt: www.praksis.dk

- Hospital udleverer sygeplejeepikrise til patienten og sender en kopi til kommunen
- Medsendelse af nødvendige sygeplejeartikler fra hospitalet aftales ved udskrivelsen (til det 1. døgn)
- Medicin ved udskrivelsen jf. afsnit 6.

Type 2.A.2:

HOSPITALSKONTAKT ELLER INDLÆGGELSE med behov for sygeplejeydelser efter udskrivelse, som kræver INSTRUKTION ELLER OPLÆRING af hjemmesygeplejerske

Hjemmesygeplejeydelser:

Behandlingsmetoder, som ikke er kendt i hjemmesygeplejen

Kommunal forberedelsestid:

Besked tidligst muligt og senest dagen før udskrivelse

Hospitalsafdelingen aftaler med kommunen, hvordan oplæringen kan finde sted

Handlinger:

Se type 2.A.1. hvor nye eller specielle sygeplejeartikler sendes med fra hospitalet til de første døgn efter behov

Type 2.B.1:**INDLÆGGELSE****Patienter med SAMME FUNKTIONSEVNE ved udskrivelse som FØR ALMINDELIG INDLÆGGELSE****Kontaktform til hospital:**

Indlæggelse i almindelig sengeafsnit

Modtagere af sociale serviceydelser:

F.eks. personlig pleje, praktisk hjælp og/eller hjælpemidler (se kapitel 5 om behandlingsredskaber og hjælpemidler)

Evt. kombineret med sygeplejeydelser se 2.A.1 og 2.

Kommunal forberedelsestid:

Besked hurtigst muligt og senest dagen før

Handlinger:

Dagtid: visitator

Se oversigt over kommunal tlf. kontakt: www.praksis.dk

- Hospitalsafdelingen udleverer sygeplejeepikrise til borger og sender en kopi til kommunen

- Medicin ved udskrivelsen jf. afsnit 6.

Type 2.B.2:**INDLÆGGELSE****Patienter med NEDSAT FUNKTIONSEVNE OG ÆNDRET BEHOV for sociale serviceydelser ift. før indlæggelsen eller NYOPSTÅET BEHOV****Ændrede eller nye sociale serviceydelser:**

F.eks. personlig pleje, praktisk hjælp og/eller hjælpemidler (se kapitel 6 om hjælpemidler)

Evt. kombineret med sygeplejeydelser - se 2.A.1 og 2.

Kommunal forberedelsestid:

Så hurtig som muligt eller senest 2 hverdage før udskrivelse.

Hverdage: pr. telefon efterfulgt af skriftlig besked.

Weekend/ helligdag: lokal aftale, så visitator kan prioritere opgaven mandag/førstkommende hverdag

Handlinger:

Dagtid: visitator

Se oversigt over kommunal tlf. kontakt: www.praksis.dk

- Ved behov for visitationsmøde: indkaldelse hurtigst muligt og senest inden for 2 hverdage før mødet

- Hospitalsafdelingen udleverer sygeplejeepikrise til borger og sender en kopi til kommunen

- Medicin ved udskrivelsen jf. afsnit 6.

Type 2.B.3:

INDLÆGGELSE

Patienter med nedsat funktionsevne og BEHOV FOR STØRRE/SPECIELLE HJÆLPEMIDLER OG BOLIG-ÆNDRINGER

Hjælpemidler og boligændringer:

F.eks. installering af større hjælpemidler i hjemmet, indkøb af specielle hjælpemidler, opsætning af greb

Evt. kombineret med sygeplejeydelser - se 2.A.1 og 2.

Kommunal forberedelsestid:

Besked hurtigst muligt og senest 5 kalenderdage før udskrivelse

Handlinger:

Se 2.B.2.

VÆR OPMÆRKSOM PÅ!

Ved pludselige ændringer i patientens/familiens situation, herunder dødsfald:

Vurdere hvem, der skal have besked.

(Kontaktpersonen på hospitalsafsnittet, den kommunale hjemmepleje eller andre).

6. Særlige ydelser ved udskrivelse

Medicin ved udskrivelsen

Patienter med uændret medicinordination

- Hospitalet giver patienten recept på evt. manglende medicin og medsender medicin, indtil det er muligt at afhente på apoteket
- Hvis patienten ikke selv kan administrere dosering, skal medicinen være doseret, indtil hjemmesygeplejebesøg
- Hospitalsafdelingen skal give besked til hjemmesygeplejen/visitationen, hvis der skal medvirkes ved medicindispensering og administration
- Patienten medgives en ajourført, letlæselig medicinliste til hjemmesygeplejersken

Patienter med ændret medicinordination

- Hospitalet giver patienten recept eller, afdelingen bestiller elektronisk eller telefonisk på apotek og aftaler med patient og evt. pårørende om udbringning eller afhentning af medicin
- Hospitalet medgiver patienten medicin i den mængde, som rækker til, at medicinen kan fås på apoteket. Patienter, der ikke selv kan administrere dosering, skal have den doseret
- Patienten medgives en ajourført og letlæselig medicinliste til hjemmesygeplejersken, hvis hun er inddraget

Patienter, hvor dosisdispensering er afmeldt

- Patienten gives recept til 3 uger på samtlige præparater, som patienten udskrives med
- Hospitalet medgiver patienten samtlige præparater, indtil recepten kan indløses
- Patienten medgives aktuel medicinliste (udskrift fra EPJ)
- Hospitalet kontakter hjemmesygeplejen, hvis der skal ophældes medicin. Der kan være behov for at bestille doseringsæsker
- Hospitalets læger kan ikke tilmelde patienten til maskinel dosisdispensering. Ved receptfornyelse 3 uger efter udskrivelsen vurderer egen læge ny tilmelding til maskinel dosisdispensering

Fra 2011 sker ændringer i medicinordination via Det Fælles Medicinkort (FMK).

Lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivelse

Se sundhedsaftale om træning i kapitel 4.

Behandlingsredskaber og hjælpemidler efter udskrivelse

Se sundhedsaftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler i kapitel 5.

7. Aftaler for udvalgte patientgrupper

Forløbsprogrammer for patienter m. kronisk sygdom

Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivelse gælder også for patienter m. kronisk sygdom. Ansvars- og opgavefordelingen mellem primær og sekundær sektor ved rehabilitering er beskrevet i forløbsprogrammerne:

Diabetes – type 1: [Link:](#)

Hjerte- kar/ ASK- patienter: [Link:](#)

KOL: [Link:](#)

Åben indlæggelse

Procedurer ved udskrivelse fra stamafdeling efter brug af åben indlæggelse ved palliativ indsats er beskrevet for stamafdeling på: [Link: Regionens e-Dok](#)

Patienter med åben indlæggelse kan registreres som færdigbehandlede, hvis de ønsker at være i hjemmet i den sidste tid men venter på en kommunal foranstaltning, inden kommunen kan modtage vedkommende.

Aftale om tværsektoriel samarbejde om palliativ indsats over for patienter med behov for lindrende behandling forventes indgået i efteråret 2010.

Patienter m. MRSA

Kommunal forberedelsestid:

- Patienter, der er podet for MRSA eller med bærertilstand og, som er i MRSA- behandling ved udskrivelsen:
Dagen før
- Patienter med infektion, forårsaget af MRSA, og som er i behandling for MRSA ved udskrivelsen:
2 hverdage

Hjemmesygeplejen kan varetage kontrolpodningen hos de patienter, hvor hjemmesygeplejen har varetaget MRSA-behandlingen og, hvor patienten ikke kan transporteres til læge, enten selv eller ved hjælp af andre.

De kommunale hygiejnepersoner kan få vederlagsfri telefonisk rådgivning hos hygiejne-sygeplejerskerne i regionen.

[Link til telefonnumre:](#)

Regionalt samarbejde om støtte til patienter i hjemmeposedialyse

I Region Midtjylland er der indgået en økonomisk aftale om patienter i hjemmeposedialyse. Aftalen findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne under den generelle sundhedsaftale](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne+under+den+generelle+sundhedsaftale)

Aftale om tværkommunalt samarbejde ved masse-udskrivning fra hospital ifm. sundhedsberedskab

I det tværsektorielle samarbejde i sundhedsberedskabet har beredskabschefen ansvaret for at igangsætte denne aftale.

Aftale om tværsektorielt samarbejde om senhjerneskedede børn, unge og voksne

I 2011 forventes der indgåelse af en tillægsaftale på dette område.

3. Aftale om børn, unge og gravide

1. Sundhedsaftale om udskrivning i forbindelse med normal fødsel

Formål med aftalen

- Skabe sammenhæng og koordination i overgangen fra hospitalet til hjemmet
- Styrke familiedannelsen samt barnets trivsel
- Forebygge genindlæggelser

Udskrivning af mor (far) og barn

- Førstegangsfødende tilbydes indlæggelse i 48 timer efter fødslen. Tvungen udskrivning kan ikke ske mellem 21.00 – 07.00
- Fleregangsfødende tilbydes indlæggelse i to til seks timer efter fødslen
- Ved ambulante fødsel kontaktes familien inden for 24 timer efter fødslen
- Ved hjemmefødsel tilbydes hjemmebesøg af jordmoderen inden for 24 timer efter fødslen. Andet besøg aftales med familien efter behov og koordineres med sundhedsplejersken

Opgaver og opgavefordeling

Fødestedet:

Fødestedet er ansvarlig for den nyfødte og moderen indtil 5-7 dage efter fødslen eller indtil, den kommunale sundhedspleje har taget over.

Fødestedet

- Varetager pleje og observation af mor og barn under indlæggelsen
- Understøtter etablering af amning eller anden ernæring af den nyfødte
- Tilbyder og iværksætter RhD profylakse til mødre med RhD negativ blodtype
- Gennemfører efterfødselssamtale
- Informerer om og tilbyder forældrene screeningsprogrammer:
 - Hørescreening
 - Biokemisk neonatal screening inkl. hælblodprøve
 - Evt. ordinerede screeninger
 - Information om sundhedsplejens tilbud
 - Sundhedsplejersketelefonen
- Giver forældrene de nødvendige informationer, som gør dem i stand til at kunne identificere tilstande hos mor og barn, der kræver kontakt med professionelle for udredning, rådgivning og vejledning i barselsperioden
- Orienterer forældrene om, hvor de kan henvende sig på fødestedet ved behov for akut hjælp eller rådgivning i de første dage efter udskrivelsen, indtil der er etableret kontakt med den kommunale sundhedstjeneste
- Sender fødselsanmeldelsen på fax eller krypteret e-mail til den kommunale sundhedspleje (efter aftale med moderen) indenfor det første hverdagsdøgn efter fødslen. Såfremt moderen ikke ønsker besøg af sundhedsplejersken, orienterer fødestedet den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste herom efter aftale med moderen
- Ved sundhedsfaglige problemer med mor eller barn videreformidler fødestedet dette til den kommunale sundhedstjeneste (efter tilladelse fra moderen)

Sundhedsplejen i kommunen:

Sundhedsplejen

- Besøger familien i den første uge efter udskrivning (bilateral aftale)

- Henviser så tidligt som muligt til jordmoder, praktiserende læge, socialforvaltning eller andre relevante samarbejdsparter ved problemer af ikke sundhedsplejefaglig karakter i barselsperioden
- Informerer forældrene om helbredsundersøgelser for mor og barn hos egen læge
- Aflægger ved hjemmefødsler besøg omkring tredje dagen efter fødslen. Besøget koordineres med hjemmebesøg fra jordmoderen. Jordmoderen har ansvaret for denne koordinering

2. Sundhedsaftale om udskrivelse af for tidligt fødte børn

Formål med aftalen

- At familien oplever sammenhæng i overgangen fra hospitalet til hjemmet
- At styrke samarbejdet mellem sundhedsplejen og neonatalafdelingen
- At medvirke til optimal udvikling og trivsel hos præmature børn og deres familier
- At forebygge genindlæggelser

Målgruppe for aftalen

Familier med et præmaturnt barn (børn født før uge 37) opdelt på grupperne:

- Moderat for tidligt fødte børn: børn født før 37. svagerskabsuge og/eller fødselsvægt under 2500 gram
- Meget for tidligt fødte børn: børn født før 32. svagerskabsuge og/eller fødselsvægt under 1500 gram
- Ekstremt for tidligt fødte børn: børn født før 28. svagerskabsuge og/eller med en fødselsvægt under 1000 gram

Opgaver og opgavefordeling

Under indlæggelse - hospitalet

Hospitalet

- Tildeler familien en kontaktsygeplejerske. Navnet noteres i hospitalets journal sammen med navnet på familiens sundhedsplejerske (se nedenfor)
- Indhenter accept fra forældre om det tværfaglige samarbejde og journalindsigt
- Fremsender ved fødslen fødselsanmeldelse til kommunen
- Tilbyder familier med ekstremt for tidligt fødte eller meget for tidligt fødte børn 1 besøg af sundhedsplejersken på neonatalafdelingen, når barnet er stabilt

Under indlæggelse – kommunen

Kommunen

- Tildeler familien en sundhedsplejerske. Sundhedsplejersken tager kontakt til neonatalafdelingen. Navnet på kontaktsygeplejerske noteres i den kommunale journal
- Tilbyder familier med ekstremt for tidligt fødte og meget for tidligt fødte børn besøg af sundhedsplejersken på neonatalafdelingen, når barnet er stabilt. Besøget skal indeholde:
 - Samtale med forældre under uforstyrrede forhold
 - Se barnet
 - Orientering om sundhedsplejens tilbud
 - Kort mundtlig briefing af indlæggelsesforløbet
 - Evt. udlevering af Barnets bog

Ved udskrivelse – hospitalet

Hospitalet

- Tilbyder familien orlov i hjemmet inden endelig udskrivelse
- Ved planlægning af udskrivelse orienterer kontaktsygeplejersken sundhedsplejersken om:
 - Status for barnet og familiens sundhed, trivsel og udvikling
 - Særlige fokusområder og opfølgning
 - Fremtidige aftaler i ambulatorium
 - Aftale om fælles besøg af kontaktsygeplejerske og sundhedsplejerske i hjemmet (tilbud til ekstremt for tidligt fødte børn og meget for tidligt fødte børn)
- Fremsender udskrivningsrapporten til sundhedsplejersken
- Orienterer sundhedsplejersken om udskrivelse senest 1 uge før udskrivelsen
- Aftaler tidspunkt for første besøg af sundhedsplejerske efter udskrivelse inden udskrivelsen

Ved udskrivelse – kommunen

Kommunen

- Aftaler med familien inden udskrivelsen tidspunkt for første besøg af sundhedsplejersken efter udskrivelsen
- Første besøg efter udskrivelse aflægges 3-5 dage efter udskrivelsen

Hjemme (efter udskrivelse) – hospitalet

Hospitalet

- Tilbyder familier med ekstremt for tidligt fødte børn og ved behov familier med meget for tidligt fødte børn fælles besøg af kontaktsygeplejerske og sundhedsplejerske 3-4 uger efter udskrivelsen, med fokus på barnets og familiens sundhed og trivsel

Hjemme (efter udskrivelse) – kommunen

Kommunen

- Sundhedsplejersken aflægger første besøg 3-5 dage efter udskrivelsen
- Sundhedsplejersken orienterer om eventuelt kommunalt tilbud om åbent hus for børn født for tidligt (bilateral)
- Tilbyder familier med ekstremt for tidligt fødte børn og ved behov familier med meget for tidligt fødte børn fælles besøg af kontaktsygeplejerske og sundhedsplejerske 3-4 uger efter udskrivelsen, med fokus på barnets og familiens sundhed og trivsel
- Sundhedsplejersken forbereder i samarbejde med forældrene besøg i pædiatrisk ambulatorium

Almen praksis

Familiens læge

- Orienteres om barnets indlæggelse på neonatalafdelingen via udskrivningsepikrise 1 uge efter udskrivelse
- Modtager kopi af journalnotat efter ambulante besøg

Kommunikation

Gensidig overdragelse af vigtige informationer som eksempelvis særlige vanskeligheder mv. foregår via journalsystemet og/eller via mundtlig/skriftlig kommunikation mellem sundhedspersonerne efter samtykke fra forældrene.

4. Aftale om træningsområdet

1. Det gode træningsforløb

Følgende værdier danner grundlag for det gode træningsforløb:

- Patienten og de pårørende inddrages, hvis patienten ønsker det
- Kontinuitet i træningsforløbet således, at patienten ikke oplever sektorovergange
- Genoptræningsplanen udarbejdes sammen med patienten, hvis der er et lægefagligt vurderet behov for træning efter hospitalsbehandling
- Der lægges en lægefaglig vurdering til grund for valg af typen af træning, enten specialiseret, almindelig ambulant genoptræning eller egentræning
- God kommunikation og koordinering mellem de involverede parter
- Korrekt registrering og dokumentation af genoptræningsaktiviteten, såvel under indlæggelse som i det ambulante forløb i hospitalsregi, i det ambulante forløb i kommunalt regi og hos private leverandører som f.eks. privatpraktiserende fysioterapeuter

2. Genoptræningsplan¹

Hospitalet udarbejder en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital.

Specialiseret ambulant genoptræning

Specialiseret ambulant genoptræning er en hospitalsopgave. Hospitalet udarbejder en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivning², der danner grundlag for genoptræningen på hospitalet.

Kriterierne for *specialiseret ambulant genoptræning* er, at der er behov for

- Et tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau

og/eller

- At genoptræningen skal foregå i hospitalsregi af hensyn til patientens sikkerhed³

Hvis det vurderes, at der er tale om specialiseret ambulant genoptræning, begrundes dette ud fra et eller begge ovenstående kriterier. Genoptræningsplanerne skal være udfyldt

¹ Sundhedslovens § 84, 140 og 251 er grundlag for patientens/borgerens ret til genoptræning. Disse udmøntes i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og patienters valg genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus og vejledning af december 2009 om træning i kommuner og regioner.

² Udskrivning kan ske både fra stationære afsnit, ambulatorium, skadestue samt dagafsnit (daghospital og samedagsafsnit) mv.

³ Dette uddybes i "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus" § 2 stk. 4:

1) Hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.

2) Hvis patienten har behov for genoptræningsydelse, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i hospitalsregi.

fyldestgørende således, at det tydeligt fremgår, hvorfor der er tale om specialiseret eller almindelig ambulans genoptræning.

Det, der er afgørende for, om en ambulans genoptræningsopgave skal placeres på et hospital, er tilstandens kompleksitet. Diagnosen vil sjældent alene kunne afgrænse opgaveplaceringen.

Almindelig ambulans genoptræning

Almindelig ambulans genoptræning er en kommunal opgave. Hospitalet udarbejder en genoptræningsplan i forbindelse med udskrivning, der danner grundlag for genoptræningen i kommunen. Kommunen kan vælge at løse opgaven ved egne institutioner eller købe genoptræningsydelsen ved hospitalerne, hos privatpraktiserende fysioterapeuter eller andre udbydere.

Kriteriet for *almindelig ambulans genoptræning* er, at

- Genoptræningen kan foregå uden supervision af speciallæge, uden brug af hospitalsudstyr og uden risiko for patientsikkerheden.

Egentræning

Kriteriet for *egentræning* er, at

- Patienten efter udskrivning kan træne på egen hånd efter at have fået instruktion på hospitalet. Det kan f.eks. ske ved mundtlig instruktion og/eller udlevering af en skriftlig instruks i form af en pjece, folder m.v. med eksempler på egentræning. Der udarbejdes normalt ikke en genoptræningsplan til egentræning.

Hospitalet udarbejder genoptræningsplan med oplysning om egentræningsbehovet og instruktion *hvis* borgeren modtager

- Hjemmehjælp/personlig pleje
- Vederlagsfri fysioterapi *eller*
- Midlertidig hjælp fra kommunen i forbindelse med udskrivningen

Genoptræningsplanen fungerer i disse tilfælde *ikke* som en lægelig henvisning til genoptræning i kommunalt regi. Genoptræningsplanen har udelukkende til formål at være information til plejepersonale, egen læge eller andet sundhedsfagligt relevant personale.

Vejledende snitfladekatalog

Kommunerne og regionen har i fællesskab udarbejdet et snitfladekatalog, som præciserer hvilke typer patienter der som udgangspunkt skal have specialiseret ambulans genoptræning, almindelig ambulans genoptræning og egentræning. Snitfladekataloget opdateres årligt. Snitfladekataloget er kun vejledende – kriterierne for om genoptræningen skal være specialiseret, almindelig eller egentræning skal altid tages i betragtning (se afsnit 2).

Snitfladekataloget findes på Region Midtjyllands hjemmeside: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne+under+genoptræning](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne+under+genoptræning)

Hvis der opstår tvivl i forhold til det principielle i opgavedelingen i et genoptræningsforløb, kontaktes den nærmeste leder. Den nærmeste leder har mulighed for at drøfte de afledte spørgsmål i den faglige følgegruppe for træning nedsat under hver klyngestyregruppe.

3. Genoptræning efter udskrivning

Udskrivning fra hjemhospital eller andet offentligt hospital (lands-/landsdelsbehandling eller frit valg)

Hjemhospitalet er det hospital tættest på borgerens bopæl, som kan varetage genoptræningsopgaven.

Når patienten er udskrivningsklar, gør hospitalet følgende:

- Udarbejder en genoptræningsplan⁴
- Fastlægger genoptræningsplanens indhold i samarbejde med patienten og formulerer den i et sprog, som patienten kan forstå, dvs. fagudtryk o.lign. skal forklares
- Noterer det seneste tidspunkt for den første kontakt til patienten i genoptræningsplanen.⁵ Hvis patienten skal vente med at påbegynde genoptræning, skal det noteres i genoptræningsplanen, hvornår patienten skal påbegynde genoptræning
- Udfylder genoptræningsplanen fyldestgørende således, at det tydeligt fremgår, hvorfor der er tale om specialiseret eller almindelig ambulant genoptræning
- Indhenter samtykke hos patienten til udarbejdelsen af genoptræningsplanen og videresendelsen af denne⁶
- Udleverer genoptræningsplanen til patienten senest ved udskrivningen⁷
- Udleverer informationsbrev om type af genoptræning, frit valg, kørsel og klageadgang mv. sammen med genoptræningsplanen til patienten. Informationsbrevene om type af genoptræning og indkaldelsesbrev til specialiseret ambulant genoptræning findes på [Link: www.rm.dk/samarbejde+med+kommunerne](http://www.rm.dk/samarbejde+med+kommunerne)
- Hvis hospitalet vurderer, at patienten ikke skal have en genoptræningsplan, kan hospitalet dernæst vurdere, om patienten skal henvises til privatpraktiserende fysioterapi eller vederlagsfri fysioterapi⁸
- Informerer skriftligt patienten om genoptræningstilbuddet i hospitalsregi⁹
- Informerer om kontaktpersonordningen (se afsnit 5)
- Sender genoptræningsplanen

⁴ En læge kan vælge at delegere opgaven med at vurdere en patients genoptræningsbehov til f.eks. fysio- og ergoterapeuter.

⁵ Hvis patienten skal modtage almindelig ambulant genoptræning, skal bopælskommunen kontakte patienten senest 3 hverdage efter genoptræningsplanen er modtaget. Hvis patienten skal modtage specialiseret ambulant genoptræning, skal hospitalet senest 3 hverdage efter udarbejdelsen eller modtagelsen af genoptræningsplanen kontakte patienten.

⁶ Hvis patienten ikke selv kan give tilsagn om videresendelse spørges forældre, nærmeste pårørende eller værge jf. sundhedslovens § 14.

⁷ Der kan dog forekomme tilfælde, hvor det ikke på udskrivningstidspunktet er muligt at vurdere, om en patient har behov for genoptræning, f.eks. i tilfælde hvor patienten/borgeren udskrives efter behandling på en skadestue. I denne situation kan patienten henvises til senere ambulant udredning på hospitalet med henblik på vurdering af genoptræningsbehov jf. Vejledning om træning i kommuner og regioner 2009 s. 17.

⁸ Se Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi, Sundhedsstyrelsen 2008. Henvisningen kan i de fleste tilfælde udarbejdes af hospitalslægen.

⁹ Informationen skal indeholde: Hvad genoptræningen rettes mod, geografisk placering af genoptræningssted, hvilken terapeut/faggruppe, som forestår genoptræningen, holdtræning, individuel- eller egentræning og ventetid.

- Ved specialiseret ambulat genoptræning sender det udskrivende hospital genoptræningsplanen til det hospital/den afdeling, som skal varetage genoptræningen, hvis genoptræningen ikke skal foregå på den pågældende afdeling. Kopi sendes til kommunen og egen læge, og genoptræningsplanen arkiveres i patientens journal
 - Ved almindelig ambulat genoptræning sender det udskrivende hospital genoptræningsplanen til bopælskommunen, som varetager genoptræningen. Kopi sendes til egen læge, og genoptræningsplanen arkiveres i patientens journal
 - Ved egentræning med genoptræningsplan (se afsnit 2) sender det udskrivende hospital genoptræningsplanen til bopælskommunen. Kopi sendes til egen læge og genoptræningsplanen arkiveres i patientens journal. Hvis patienten modtager vederlagsfri fysioterapi og oplyser, hvilken fysioterapeut patienten træner hos, kan genoptræningsplanen desuden sendes til den pågældende fysioterapeut
- Vurderer patientens behov for hjælpemidler og/eller behandlingsredskaber i forbindelse med genoptræningen og udleverer eventuelt disse. Se kapitel 5 om behandlingsredskaber og hjælpemidler

Udskrivning fra privathospital (udvidet frit sygehusvalg)

Hvis en patient udskrives fra et privathospital efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, vurderer privathospitalet behovet for en genoptræningsplan og udarbejder på det grundlag eventuelt en genoptræningsplan.

Tilsvarende gælder, hvor en patient bliver udskrevet fra et af de i sundhedslovens § 79 omtalte private specialhospitaler m.v.

Privathospitalet følger samme procedurer som beskrevet ovenfor.

Udskrivning fra privathospital (egenbetaling)

Hvis en patient udskrives fra et privathospital efter at have modtaget behandling for egen regning (herunder private sundhedsforsikringer), kan privathospitalet henvise patienten til bopælsregionens hospitalsvæsen mhp. vurdering af et eventuelt genoptræningsbehov og eventuel udarbejdelse af genoptræningsplan med efterfølgende ambulat genoptræning.

4. Information og kommunikation ved iværksættelse af ambulat genoptræning

Kommunen/hospitalet skal kontakte patienten senest 3 hverdage efter, at genoptræningsplanen er modtaget.

Patienten/borgeren informeres skriftligt om

- Hvad genoptræningen rettes mod
- Geografisk placering af genoptræningssted
- Hvilken terapeut/faggruppe, som forestår genoptræningen
- Holdtræning, individuel- eller egentræning
- Ventetid

Kommunen eller hospitalet har et beredskab, som varetager den videre genoptræning på et fagligt forsvarligt niveau, hvis patientens tilstand kræver, at genoptræningsforløbet fortsætter umiddelbart efter udskrivningen.

Er en genoptræningsplan ikke udfyldt fyldestgørende, kan det pågældende hospital kontaktes telefonisk, eller genoptræningsplanen kan sendes tilbage med henblik på skriftlig afklaring af tvivlsspørgsmål.

Information om slutstatus – parterne imellem

Ved de genoptræningsforløb, som indeholder både et specialiseret og et almindeligt ambulante forløb, udfærdiger hospitalet en afsluttende status over den specialiserede ambulante genoptræning, som sendes til kommunen.

Kommune og hospital kan ved behov udveksle slutstatus ved afslutning af patientens genoptræningsforløb og fremsende denne til egen læge.

Oversigter over kontaktinformationer

For at sikre koordineringen mellem parterne er der udarbejdet følgende oversigter:

- Oversigt over kontaktinformationer på de kommunale visitationer/koordinatorer
- Oversigt over kontaktinformationer på hospitalernes terapiafdelinger
- Oversigt over praksiskonsulenterne for de privatpraktiserende fysioterapeuter

Oversigterne findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+ kommunerne under genoptræning](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne+under+genoptraening)

Parterne skal melde ændringer til Regionalt Sundhedssamarbejde, som opdaterer oversigterne. [Tlf. 87 28 46 51, E-mail: RS-samarbejde@rm.dk].

5. Kontaktpersonordning

Hospitalet og kommunen skal hver udpege en kontaktperson med ansvar for koordinering af genoptræningsforløbet i forbindelse med udskrivning af patienter med et genoptræningsbehov.

Kontaktpersonordningen skal sikre:

- At patienterne gennem hele forløbet let kan få information om genoptræningen og ved, hvem de skal kontakte for at få den ønskede information om genoptræningsforløbet
- At de kommunale terapeuter og evt. private leverandører, hospitalets terapeuter og læger ved, hvem de skal kontakte for at koordinere genoptræningsforløbet efter udskrivningen

Kontaktinformationens tre elementer

1. Den terapeut/læge, der udarbejder genoptræningsplanen:

- Er patientens kontaktperson på hospitalet ved den almindelige og specialiserede ambulante genoptræning
- Informerer mundtligt patienten om kontaktpersonordningen

Terapeutens/lægens navn, titel, afdeling, hospital, telefonnummer og evt. e-mailadresse skal fremgå af genoptræningsplanen

2. Den kommunale visitator/koordinator, som modtager genoptræningsplanen:

- Er patientens kommunale kontaktperson ved den almindelige og specialiserede ambulante genoptræning
- Patienten informeres mundtligt herom af hospitalet, når genoptræningsplanen udarbejdes

Adresse, telefonnummer og eventuelt e-mailadresse på den kommunale visitation/ koordinator skal fremgå af genoptræningsplanen

3. Den trænende terapeut i kommunen, på hospitalet eller i praksissektoren:

- Informerer patienten om hvilken terapeut, som udfører genoptræningen, når genoptræningsforløbet tilrettelægges
- Udleverer i den forbindelse navn, titel, adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse på den trænende terapeut skriftligt til patienten

6. Frit valg af træningssted

Frit valg ved specialiseret ambulante genoptræning

En patient, der ved udskrivningen har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret ambulante genoptræning, kan vælge blandt de af regionernes hospitaler, der har de pågældende genoptræningsfunktioner, og de i sundhedslovens § 79 omtalte private specialhospitaler

En hospitalsafdeling kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage fritvalgsborgere, der har bopæl i en anden region.

Procedurer ved frit valg af genoptræningssted ved specialiseret ambulante genoptræning:

- Informationsbrev om det frie valg, kørsel mm. vedr. specialiseret ambulante genoptræning udleveres til patienten sammen med genoptræningsplanen. Informationsbrevet findes på: [Link: www.rm.dk/samarbejde+med+kommunerne](http://www.rm.dk/samarbejde+med+kommunerne)
- Oversigt over hospitalernes generelle genoptræningstilbud, herunder oplysninger om genoptræningstilbuddenes målgrupper, indhold, visitation og ventetid findes på hospitalernes hjemmesider
- Når en patient ønsker at gøre brug af det frie sygehusvalg og modtage genoptræning på et andet hospital, fremsender det hospital, der har udarbejdet genoptræningsplanen kopi af genoptræningsplanen til det valgte hospital

Frit valg ved almindelig ambulante genoptræning

En patient med et lægefagligt begrundet behov for almindelig ambulante genoptræning efter udskrivningen, kan vælge mellem de genoptræningstilbud:

- Som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner
- Som bopælskommunen har indgået aftaler om med andre myndigheder eller private udbydere
- Som tilbydes på andre kommuners institutioner

En kommune kan af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage fritvalgsborgere, der har bopæl i en anden kommune.

Procedurer ved frit valg af genoptræningssted ved almindelig ambulante genoptræning:

- Informationsbrev om det frie valg, kørsel mm. vedr. almindelig ambulante genoptræning udleveres til patienten af hospitalet sammen med genoptræningsplanen. Informationsbrevet findes på: [Link: www.rm.dk/samarbejde med kommunerne](http://www.rm.dk/samarbejde+med+kommunerne)
- Patienter, der ønsker information om genoptræning i en anden kommune kan eventuelt søge informationer via regionens og kommunernes hjemmesider:

- Oversigt over kommunernes varetagelse af almindelig ambulat genoptræning, herunder hvilke leverandøraftaler kommunerne har, findes på:
[Link: www.rm.dk/samarbejde med kommunerne](http://www.rm.dk/samarbejde_med_kommunerne)
 - Oversigt over de enkelte kommuners generelle genoptræningstilbud, herunder oplysninger om genoptræningstilbuddenes målgrupper, indhold, visitation og ventetid kan evt. ses på kommunernes hjemmesider
- Når en patient ønsker at gøre brug af det frie valg og modtage genoptræning i en anden kommune end bopælskommunen, fremsender bopælskommunen kopi af genoptræningsplanen til genoptræningsstedet

7. Ventetid

Ventetid defineres den tid, der går, fra patienten udskrives fra hospital, til genoptræningsforløbet starter.

Hvis patienten af hensyn til helingsprocessen skal vente f.eks. 5 uger, førend genoptræningen må påbegyndes, er de 5 uger ikke en del af ventetiden.

De enkelte kommuner og hospitaler kan vælge at oplyse om ventetid på deres hjemmesider og på: [Link: www.venteinfo.dk](http://www.venteinfo.dk)

8. Særlige samarbejdsaftaler om udvalgte patientgrupper

Nedenfor linkes til retningslinjer for særlige patientgrupper

[Link: xxx](#)

Regionalt samarbejde om patienter med erhvervet hjerneskade

Sundhedskoordinationsudvalget har nedsat et regionalt hjerneskadesamråd bestående af sundhedsfaglige repræsentanter fra kommune og region.

Kommunal koordinator

Kommunerne har hver udpeget en medarbejder/et team, som er koordinator på hjerneskadeområdet med kompetence til at koordinere de ofte langvarige og komplekse forløb for hjerneskadede og deres familier.

På Videnscenter for hjerneskades hjemmeside findes en oversigt over kommunale hjerneskadekoordinators på børne- og voksenområdet.

[Link: www.vfhj.dk under videnscenteret](http://www.vfhj.dk/under_videnscenteret) → [netværk](#)

Forløbsprogrammer

Der er udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, hjertekarsygdom og diabetes.

Forløbsprogrammerne kan være relevante i forhold til nogle genoptræningsforløb. Nedenfor linkes til forløbsprogrammerne.

[Lin:k til forløbsprogrammerne](#)

9. Andre aftaler

Under et træningsforløb skal man altid være opmærksom på andre relevante sundhedsaftaler.

5. Aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler

LINK TIL AFKLARINGSKATALOG PÅ OMRÅDET FOR HJÆLPEMIDLER OG BEHANDLINGSREDSKABER

1. Værdier for samarbejdet

Følgende værdier på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler har til formål at understøtte det gode samarbejde kommuner og hospitaler imellem (kapitel 1 i afklaringskataloget).

- *Princippet om det sammenhængende patientforløb:*
Der skal være så gnidningsfrie "overleveringsforretninger" som muligt. Dette princip viger ikke fra rent juridiske vurderinger af, hvornår henholdsvis kommune/region skal levere hjælpemidlet/behandlingsredskabet
- *Gensidig respekt:*
Der skal være gensidig respekt om den anden sektors faglige vurdering af patientens/borgerens behov for hjælpemidler/behandlingsredskaber
- *Hensyn til serviceniveau:*
Det er vigtigt ikke at love borgere/patienter udlån af hjælpemidler/behandlingsredskaber på vegne af en anden sektor, idet der tages hensyn til regionens og den enkelte kommunes serviceniveau
- *Initiativpligten:*
Som udgangspunkt skal borgeren ikke komme i klemme mellem to sektorer. Opstår der tvivl om, hvem der skal udlåne et nødvendigt hjælpemiddel/behandlingsredskab til en borger, udlånes hjælpemidlet/behandlingsredskabet derfor af den sektor, som har kontakten med borgeren. Tvivlen må derefter søges afklaret sektorernes imellem

2. Generel opgavedeling på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber

Arbejdsdelingen mellem hospital og kommune for tilvejebringelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber er beskrevet i [Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber](#), kapitel 2.

Her er arbejdsdelingen mellem kommune og region præciseret efter de fem kategorier af behandlingsredskaber og hjælpemidler i Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet:

- 1) Behandlingsredskaber
- 2) Hjælpemidler og forbrugsgoder
- 3) Plejehjælpemidler
- 4) Hjælpemidler/redskaber i forbindelse med genoptræning
- 5) Hjælpemidler i øvrigt

I den forbindelse er der i afklaringskataloget indgået en række samarbejdsaftaler mellem Region Midtjylland og kommunerne for at præcisere ansvarsfordelingen på området yderligere (jf. afklaringskatalog s. 10-12). Begrebet samarbejdsaftale benyttes i afklaringskataloget på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber om en aftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen.

2.1. HOSPITALET'S ANSVAR

Udlån af hjælpemidler og behandlingsredskaber i følgende situationer (For nærmere uddybning: Se kapitel 2 i Det vejledende afklaringskatalog på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler):

- Hjælpemidler og apparatur, som indopereres som led i behandlingen på hospital
- Hjælpemidler og apparatur, som ordineres som led i behandling på hospital eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling og, hvor patientens anvendelse af behandlingsredskabet typisk er under kontrol af hospitalet indtil tilstanden er stationær
- Apparatur, som ordineres som led i behandling på hospital eller som en fortsættelse af den iværksatte behandling for at forbedre det opnåede resultat eller forhindre en forringelse, og som anskaffes til midlertidigt eller permanent brug i hjemmet, og hvor:
 - A) patienten/borgeren har fået undervisning i brug af apparaturet på hospital
 - B) hvor patientens/borgerens anvendelse af apparaturet er under en vis kontrol af hospital
- Hjælpemidler og apparatur, som patienten/borgeren efter hospitalets vurdering har behov for, imens patienten/borgeren venter på hospitalsbehandling – gælder kun for patienter/borgere, som har været til forundersøgelse
- Hjælpemidler/redskaber, hvor der er lægefagligt begrundet behov for træning af en patient/borger under indlæggelse på hospital
- Hjælpemidler/redskaber, der ordineres patienten/borgeren som led i genoptræningen efter udskrivning fra hospital, hvor patienten/borgeren har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret, ambulans genoptræning, der forudsætter et hospitals ekspertise og tilbydes på et hospital. Hospitalerne har leveringsforpligtelsen vedr. hjælpemidler/redskaber, mens kommunerne har finansieringsforpligtelsen
- Patient/borger, der udskrives med et lægefagligt behov for hjælpemidler/redskaber i forbindelse med overholdelse af et behandlingsregime, kan samtidig have et behov for hjælpemidler/redskaber som led i almindelig ambulans genoptræning. I de situationer udlånes de sammenfaldende hjælpemidler/redskaberne af hospitalet indtil behandlingen er afsluttet og regimet ophæves (samarbejdsaftale 2.3.9)

Retningslinjer ved udlån fra hospital

- Patienten/borgeren orienteres generelt om hvilke pligter og rettigheder, som er forbundet med udlånet, og hvor vedkommende kan henvende sig med eventuelle spørgsmål

Udlån af hjælpemidler ved akut indlæggelse

- Ved akut indlæggelse udlåner hospitalet standardhjælpemidler, som er nødvendige under indlæggelsen (samarbejdsaftale 2.3.2)
- Personligt tilrettede hjælpemidler, som patienten/borgeren har behov for under akut indlæggelse, medbringes eller søges tilvejebragt (samarbejdsaftale 2.3.3)

Udlån af hjælpemidler ved planlagt indlæggelse

- Patienten/borgeren medbringer personligt tilpassede hjælpemidler (samarbejdsaftale 2.3.2)
- Hospitalet udlåner standardhjælpemidler under indlæggelse (samarbejdsaftale 2.3.3)

Udlån af hjælpemidler til patienter/borgere, der ikke er kendt i hospitalsregi

- Hospitalet udlåner som udgangspunkt ikke hjælpemidler til patienter/borgere, der ikke er kendt i hospitalsregi. Praktiserende lægers, skadestuers og lægevagts eventuelle muligheder for at udlåne behandlingsredskaber eller hjælpemidler aftales lokalt

Udlån ved behandling på privat hospitaler

- Private hospitaler og hospice, som har indgået overenskomst med regionerne, skal udlåne behandlingsredskaber, træningsredskaber og hjælpemidler svarende til de offentlige hospitalers forpligtigelse. Genanvendelige behandlingsredskaber og hjælpemidler udlånes således af det private hospital. Hvis der er behov for større og mere specialiserede hjælpemidler, udlånes disse også af privathospitalet med mindre, der er indgået en speciel aftale med patientens/borgerens regionshospital herom
- Selvbetalende patienter/borgere behandlet på privathospital og patienter/borgere, der får behandling på privathospital under en sundhedsforsikring, følger reglerne om udvidet frit sygehusvalg – dvs. privathospitaler har samme forpligtigelse ved udlevering af hjælpemidler/behandlingsredskaber, som skitseret ovenfor

2.2. KOMMUNENS ANSVAR

Udlån af hjælpemidler i følgende situationer:

- Hjælpemidler/redskaber, som ordineres patienten/borgeren som led i lægefagligt begrundet behov for almindelig ambulant genoptræning efter udskrivning fra hospitalet (Sundhedsloven)
- Hjælpemidler, som i væsentlig grad kan afhjælpe følger af en varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet (Lov om Social Service)
- Plejehjælpemidler og sygeplejeartikler, der er nødvendige til opstart og gennemførelse af hjemmesygepleje (bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje)
- Hjælpemidler (APV-hjælpemidler), som er nødvendige for at skabe et sikkert og sundt arbejdsmiljø for kommunens personale, som skal bistå andre i forbindelse med personlig pleje og forflytninger (arbejds miljølovgivningen)
- Særlige undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler, som er nødvendige i forbindelse med at fremme udviklingen hos førskolebørn og til tilrettelæggelsen af undervisning af skolebørn med særlige behov (Folkeskolelovens regler om specialundervisning)

For nærmere uddybning: Se kapitel 2 i Det vejledende afklaringskatalog på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Retningslinjer ved udlån fra kommunen

- Patienten/borgeren orienteres generelt om hvilke pligter og rettigheder, som er forbundet med udlånet, og hvor vedkommende kan henvende sig med eventuelle spørgsmål

2.3. FÆLLES ANSVAR HOSPITAL OG KOMMUNE

Princippet om så få overleveringsforretninger som muligt

Princippet om så få overleveringsforretninger mellem sektorer som muligt gælder – se samarbejdsaftale 2.3.10 i afklaringskataloget på området for behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Samarbejdsaftaler som ikke tydeligt fremgår af den gældende lovgivning på området

- Midlertidige hjælpemidler (uden egenbetaling)

- Hjælpemidler, som kommunen eller hospitalet vurderer, at patienten/borgeren kan få brug for i en midlertidig periode efter udskrivelse, for selvstændigt at kunne udføre basale daglige gøremål. Eksempelvis en badebænk, så patienten/borgeren kan tage et brusebad, udlånes af den instans, som har ansvaret for at udlåne hjælpemidler/behandlingsredskaber, som led i genoptræningen eller som led i behandlingen efter udskrivelse
- Kommunen udlåner hjælpemidler/behandlingsredskaber, til patienter/borgere med en genoptræningsplan til almindelig ambulat genoptræning, og til patienter/borgere med en genoptræningsplan til egentræning, som får personlig hjælp fra kommunen
- Hospitalet udlåner hjælpemidler/behandlingsredskaber, til patienter/borgere uden en genoptræningsplan, og til patienter/borgere med en genoptræningsplan til specialiseret ambulat genoptræning

Det er op til hver enkelt klynge, at indgå en samarbejdsaftale herom. Hvis klyngen ikke indgår en samarbejdsaftale herom, er det patientens/borgerens egenbetaling jf. samarbejdsaftale 2.3.12 i afklaringskatalog.

- Patienten/borgeren afholder som udgangspunkt selv udgiften til hjælpemidler, som patienten/borgeren har behov for, mens patienten/borgeren venter på indkaldelse til forundersøgelser (jf. samarbejdsaftale 2.3.13 i afklaringskatalog)

Samarbejdsaftaler vedrørende serviceniveau

- Alle udlån sker ud fra et mindste indgrebs princip – billigst og fagligt bedst egnet
- Som udgangspunkt udlånes hjælpemidler/behandlingsredskaber fra hospitalerne med henblik på at understøtte den iværksatte behandling. Der udlånes ikke hjælpemidler/behandlingsredskaber til "aktiviteter" udenfor hjemmet, f.eks. kørestol til kirkegang, udflugter, weekendophold m.m.
- Patienten/borgeren skal så vidt muligt selv sørge for transport af hjælpemidler/behandlingsredskaber til og fra hospitalet. Hospitalet kan vælge at transportere hjælpemidlerne/behandlingsredskaberne for patienten/borgeren
- Mindre træningsredskaber, som kan købes i almindelige sportsforretninger, såsom bolde, elastikker, balancebræt m.m., udlånes som udgangspunkt ikke af hverken hospitaler eller kommuner
- Som udgangspunkt udlånes ikke reservehjælpemidler og to af hver slags

Jf. afklaringskatalog afsnit 2.4.

Det understreges at udlån af hjælpemidler og behandlingsredskaber sker på baggrund af en konkret individuel vurdering.

3. Retningslinjer for udskrivelse med hjælpemidler/behandlingsredskaber

Kommunal forberedelsestid ved hjælpemidler efter udskrivelse fra hospital

- Hospitalet skal bidrage med en konkret vurdering af patientens funktionsevne og behov for hjælpemidler/behandlingsredskaber

- Dialogen mellem patienten/borgeren, hospitalet og kommunen ved udlån af hjælpemidler og behandlingsredskaber påbegyndes hurtigst mulig, og når patientens/borgerens (forventede) funktionsevne er kendt. Dialog omhandler hjælpemiddeltype, forventet behov, tilbagelevering, leveringstider mv.
- Kommunal forberedelsestid ved behov for hjælpemidler efter udskrivelse fra hospitalet indgår i aftalen om udskrivningsforløb – Se kapitel 2

Her angives frister for den kommunale forberedelsestid fra udskrivelse af patienter/borgere med nedsat funktionsevne og behov for:

- Større/særlige hjælpemidler, som kræver kommunal forberedelsestid
- Omfattende boligændringer med kommunal inddragelse af håndværkere
- Den myndighedsansvarlige sikrer, at hjælpemidler og behandlingsredskaber, som patienten/borgeren har behov for, er til rådighed, når vedkommende udskrives fra hospital

Telefonliste for fagpersoner

En telefonliste til de kommunale og regionale hjælpemiddelafdelinger findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+ med+kommunerne/ den+generelle+aftale i bilag xx.](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/den+generelle+aftale+i+bilag+xx)

Rådgivning og instruktion

- Ansvaret for instruktion og generel rådgivning om hjælpemidlet/behandlingsredskabet påhviler den instans, der har myndighedsansvaret^A

Afprøvning og opfølgning

- Ansvaret for afprøvning og opfølgning vedr. hjælpemidler og behandlingsredskaber påhviler den myndighedsansvarlige^A
- Ved behov for opfølgning aftales dette i hvert enkelt tilfælde
- Ved tvivlsspørgsmål eller ved ændring af behov kontaktes den instans, der har myndighedsansvaret^A
- Hvor det er hensigtsmæssigt kan hospital og kommuner indgå aftaler om at hjælpe med opfyldelse af hinandens forpligtelser

Tilpasning, vedligeholdelse og reparation

- Ansvaret for tilpasning, vedligeholdelse og reparation påhviler den myndighedsansvarlige^A

4. Tvivl om myndighedsforpligtelsen^A ved levering af hjælpemidler og behandlingsredskaber

Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet har som nævnt udarbejdet Det vejledende afklaringskatalog på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber for at afklare tvivltilfælde.

Afklaringskataloget findes på: [Link: www.hjaelpemidler.rm.dk](http://www.hjaelpemidler.rm.dk)

Her og nu - levering i tvivltilfælde

- I tvivltilfælde om myndighedsforpligtelsen^A er det den myndighed, der har den aktuelle status på patienten/borgeren, som i givet fald umiddelbart skal levere det

nødvendige hjælpemiddel/behandlingsredskab til patienten/borgeren. Det forudsættes, at der foreligger en faglig vurdering af patientens/borgerens berettigede behov – jf. afsnit 1 om værdier for samarbejdet

- Betalingsspørgsmål afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder

^A Den myndighedsansvarlige er den instans, hospital eller kommune, som jf. loven skal levere hjælpemidlet/behandlingsredskabet

Sagsbehandlingsforløb i tvivlstilfælde

- 1) Tvivlstilfælde afklares i første omgang lokalt
- 2) Hvis det ikke er muligt, videreformidles det pågældende tvivlstilfælde til den nærmeste leder
- 3) Herefter kan tvivlstilfældet løftes op i det lokale samarbejdsfora på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber i den pågældende klynge
- 4) Endelig kan der rettes henvendelse til Det Regionale Samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet for en vejledende afklaring

De almindelige retningslinjer om klagesagsgange følges:

- 1) Det Sociale Nævn
- 2) Patientklagenævnet
- 3) Indenrigs- og Sundhedsministeriet og/eller Socialministeriet

Patienter/borgere med et ikke berettiget behov for hjælpemiddel/ behandlingsredskab

- Patienter/borgere, der ud fra en faglig vurdering ikke har et berettiget behov for et behandlingsredskab eller hjælpemiddel jf. lovgivningen, betaler selv dette

5. Særlige aftaler om udvalgte patientgrupper

Terminalpatienter

- Hjælpemidler og behandlingsredskaber tilvejebringes hurtigt til uhelbredeligt syge og døende patienter/borgere, da de ofte har brug for en hurtig pleje- og omsorgsindsats
- Parterne er enige om, at der i sådanne situationer kan afviges fra normalproceduren, når der er behov for denne form for hurtig indsats. Dette aftales ved den enkelte patient/borger
- Et hospice forudsættes at have de behandlingsredskaber, hjælpemidler, m.v. til rådighed, som normalt anvendes ifm. ophold, pasning og pleje af døende i plejehjem, plejebolig og tilsvarende

I de tilfælde, hvor et hospice ikke har hjælpemidlet/behandlingsredskabet, bevilger og udlåner kommunen hjælpemidler, mens regionen udlåner behandlingsredskaber

Patienter/borgere med høreapparater

- Der er udarbejdet en håndbog for samarbejdet mellem personalet på de audiologiske afdelinger og de kommunale visitatorer på høreapparatområdet.

Håndbogen findes på: [Link: www.hoereomraade.rm.dk](http://www.hoereomraade.rm.dk)

6. Aftale om sundhedsfremme og forebyggelse, herunder den patientrettede forebyggelse

1. Målgruppe for sundhedsfremme og forebyggelse

Målgruppe for sundhedsfremme og forebyggelse:

- Alle borgere, børn såvel som voksne, med behov for sundhedsfremmende og forebyggende ydelser

Med særlig vægt på:

- Patienter med kronisk, langvarig og/eller psykisk sygdom, med behov for sundhedsfremmende og forebyggende ydelser
- Andre særligt sårbare grupper f.eks. udsatte gravide og forældre, beboere i kommunale botilbud, etniske minoriteter eller udsatte borgere, som kommunen er i kontakt med i anden anledning

2. Sundhedsfremmende og forebyggende indsats

Formål:

- Forebygge sygdomme før de opstår samt forebygge forværringer og yderligere komplikationer
- Patienten/borgeren oplever kontinuitet i den tværsektorielle forebyggende og sundhedsfremmende indsats
- Etablere rammer, som mobiliserer den enkelte patients/borgers ressourcer og handlekompetence, inddrager patientens/borgerens netværk og tager højde for patientens/borgerens socioøkonomiske vilkår
- Sundhedsfremmeaspektet inddrages i patienters kontakter med hospital, kommune og egen læge

3. Definitioner

Sundhedsfremme

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters/borgers ressourcer og handlekompetencer

Forebyggelse generelt

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden

Borgerrettet forebyggelse

Forebyggelse af sygdom og ulykker hos raske borgere (primært kommunalt ansvar)

Patientrettet forebyggelse

Forebyggelse af, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænser eller udskyder eventuelle komplikationer. Forudsætter, at den enkelte patient i videst muligt omfang bibringes kompetencer og viden til at tage vare på eget helbred og udøve god egenomsorg f.eks. gennem rehabilitering, patientuddannelse og genoptræning (regionalt og kommunalt ansvar)

4. Opgaver og opgavefordeling omkring patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse

4.1. HOSPITALET'S ANSVAR

- Den behandlende lægefaglige ekspertise afklarer systematisk patientens behov for patientrettet forebyggelse ved en screening i forhold til KRAM¹⁰-faktorer og sociale forhold i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Hvor patienten ønsker det, henvises til relevante tilbud i kommunen og/eller i almen praksis
- Videregiver viden opnået ved screening af patienter til kommunen og/eller almen praksis
- Etablerer og sikrer drift af patientrettet sundhedsfremmende og forebyggende tilbud på hospitalet, herunder uddannelse og kompetenceudvikling af sundhedspersonale

Hospitalets information om patientrettet sundhedsfremmende og forebyggende tilbud

- Sikrer at patienten kan finde oplysninger om regionale patientuddannelsestilbud samt andre forebyggende tilbud/forløbsprogrammer
- Formidler patientuddannelsestilbud både mundtligt og skriftligt (via foldere)
- Informerer kommuner og almen praksis om regionale tilbud om patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse

Beskrivelse af de enkelte hospitalers patientrettede forebyggelsestilbud findes på [Link: www.e-dok.rm.dk](http://www.e-dok.rm.dk) og/eller www.praksis.dk.

Links til beskrivelser af de enkelte regionshospitalers patientrettede forebyggelsestilbud findes på: [Link: xxx](#)

4.2. ALMEN PRAKSIS' ANSVAR

- Sikrer tidlig opsporing og udredning af patientens behov for patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til risikofaktorer
- Sikrer sammenhæng for den enkelte patient i behandling og forebyggelsesindsatsen, både sygdomsspecifikt og tværgående
- Koordinerer indsatsen for patienter med særlige behov i tæt samarbejde med hospital og kommune
- Er tovholder for det samlede behandlingsforløb for patienter med kronisk og langvarig sygdom herunder psykisk sygdom

Information fra almen praksis om de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud

- Informerer patienter med behov om kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud og henviser hertil
- Kommunale praksiskonsulenter bidrager til formidlingen af de kommunale tilbud til de praktiserende læger i området. Oplysningerne findes på: [Link: www.praksis.dk](http://www.praksis.dk)
- Informationer om hospitalers og kommuners patientrettede forebyggelsestilbud kan findes på [Link: xxx](#)

4.3. KOMMUNERNES ANSVAR

Etablerer sundhedsfremmende og forebyggende tilbud og støtter borgerne heri.

Det vil sige:

¹⁰ Kost, Rygning, Alkohol og Motion

- Tilbyder opfølgende patientrettet forebyggelse af sygdomsspecifik eller tvær-diagnostisk karakter
- Etablerer tilbud, som mobiliserer patientens ressourcer og øger dennes handlekompetence
- Tilbyder tværdiagnostiske patientuddannelse med fokus på KRAM-faktorer og mestring af livet med kronisk og langvarig sygdom, herunder psykisk sygdom

Kommunens information om sundhedsfremmende og forebyggende tilbud

- Kommunen sikrer information om kommunale sundhedstilbud til patienter med kronisk og langvarig sygdom, herunder psykisk sygdom, på de kommunale hjemmesider og i skriftlig form via foldere, som gøres tilgængelig hos praktiserende læger, hospitaler, sundhedscentre, biblioteker, apoteker, borgerserviceafdelinger, hjemmesygeplejen, visitationen og træningsområdet
- I forhold til praktiserende læger på området, hjælper kommunale praksiskonsulenter med formidlingen af de kommunale tilbud. Oplysninger herom findes på [Link: www.praksis.dk](http://www.praksis.dk)

Beskrivelse af de enkelte kommuners patientrettet forebyggelsestilbud findes på: [Link: www.praksis.dk](http://www.praksis.dk) og de enkelte kommuners hjemmeside.

Der findes links til de enkelte kommuners forebyggelsestilbud på: [Link: xxx](#)

5. Indsatsområder for sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedspersonalet skal have særlig fokus på en række indsatsområder i samarbejdsfeltet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis.

KRAM-faktorer og folkesundhed

Kommunale og regionale tilbud i forhold til KRAM-faktorer og folkesundhed f.eks. rygeafvænningsstilbud kan findes på: [Link: www.praksis.dk](http://www.praksis.dk)

Borgere med kronisk og langvarig sygdom herunder psykisk sygdom

Vision og strategi for en forbedret indsats i forhold til kronisk sygdom i Region Midtjylland og notat vedr. kommunernes rolle ved en forbedret indsats findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom](http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom)

Forløbsprogrammer med fokus på en kontinuerlig indsats på tværs af hospital, kommune og almen praksis samt på opgavefordelingen sektorerne i mellem. Forløbsprogrammer er udviklet for patienter med KOL, type 2 diabetes og Akut koronart syndrom. Programmerne findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom](http://www.rm.dk/sundhed/kronisk+sygdom) og skal ligeledes være tilgængelige på [link: www.e-dok.rm.dk](http://www.e-dok.rm.dk)

Kliniske vejledninger om forløbsprogrammer findes på [Link: http://www.dsam.dk/flx/dsams_kliniske_vejledninger/](http://www.dsam.dk/flx/dsams_kliniske_vejledninger/)

Forløbsprogram for muskel-skeletlidelser er under udvikling og kan findes på ovenstående links i slutningen af 2011.

Patientuddannelse til borgere med kronisk og langvarig sygdom herunder psykisk sygdom. Regionen og kommunen tilbyder uddannelsestilbud til patienter med kronisk og langvarig sygdom, herunder psykisk sygdom. Den sygdomsspecifikke patientuddannelse er primært en regional opgave, og den tværdiagnostiske patientuddannelse er primært en kommunal opgave. Oplysninger om patientuddannelser findes på: [Link: xxx](#)

Lighed i sundhed

I kontakten med socialt udsatte og særligt sårbare patienter, forholder sundhedspersonalet sig til, hvorvidt der er behov for en særlig indsats ved f.eks. differentierede sundhedstilbud, der tager højde for menneskers forskellige muligheder for deltagelse i sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

I et særlig nedsat regionalt Råd for Sundhedsfremme og Forebyggelse drøftes fremtidige muligheder for at forbedre indsatsen til socialt udsatte og særligt sårbare patientgrupper. Link til information om Rådets arbejde findes på [Link: xxx](#) (Link tilgængeligt fra medio 2010).

Særlige grupper

Vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til børn, unge og gravide henvises til kapitel 3. I forhold til voksne og børn med psykisk sygdom henvises til kapitel 7.

6. Regionens rådgivningsforpligtigelse til kommunerne

Regionen har en forpligtigelse til at rådgive kommunerne på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet.

Det sker ved, at regionen:

- Tager initiativer, som skaber overblik, f.eks. gennemførelse af *Hvordan har du det?*
- Tilbyder specialiseret rådgivning og undervisning i sundhedsfremme og forebyggelse
- Rådgiver om hygiejne, samt opdaterer kontaktiliste over hygiejneansvarlige på hospitalerne. Listen er tilgængelig på [Link: www.xxx](#)
- Understøtter generelt samarbejdet med og mellem kommunerne i regionen

Rådgivningstilbudene findes på:

[Link: www.rm.dk/sundhed/folkesundhed/sundhedsfremme+og+forebyggelse](#)

7. Aftale om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom

Aftale om børn og unge med psykisk sygdom

1. Indledning

Sundhedsaftalen på psykiatriområdet gælder for patienter – børn, unge og/eller voksne – med en psykisk sygdom:

- som er i kontakt med regionspsykiatrien, egen læge/speciallæge eller kommunen og,
- hvor mindst 2 af parterne er eller skal være involveret i indsatsen

Håndbogen er udformet som et opslagsværk og skal være et let anvendeligt arbejdsredskab for dem, der i hverdagen skal sikre det sammenhængende og koordinerede patientforløb. Til brug for den enkelte er der et kapitel til egne noter og indlagt plastik-lommer, hvor der kan lægges nedkopierede lokale aftaler.

Det sammenhængende patientforløb forudsætter et samarbejde, som er helhedsorienteret, tværfagligt og tværsektorielt. For enkelthedsens skyld anvendes begrebet patient – som synonym for borger/bruger. Tilsvarende anvendes begrebet kommunen for alle de relevante kommunale forvaltningsenheder.

Med en fælles lommehåndbog for børne- og ungdoms- og voksenpsykiatrien skal det for børne- og ungdomspsykiatriens vedkommende tilføjes, at begrebet forældre også dækker begrebet forældremyndighedsindehaver/primær omsorgsperson.

De fælles værdier i sundhedssamarbejdet i Region Midtjylland

- Vi vil **samarbejde med patienten og pårørende og sætte disse i front** ved at involvere vedkommende aktivt i de enkelte sociale indsatser, sundhedsindsatser og patientforløb
- Vi vil **være gode samarbejdspartnere**, der **udviser gensidig respekt og tillid** ved at anvende parternes kompetencer bedst muligt og overholde de indgående aftaler
- Vi vil **påtage os initiativpligten** ved at handle og tage initiativet, der hvor patienten befinder sig

De nationale fælles værdier i indsatsen for mennesker med en psykisk sygdom – **Respekt, Faglighed og Ansvar** – er et godt afsæt for at bygge bro mellem kommunerne, regionspsykiatrien og almen praksis, og de bør indgå i dagligdagens sprog, kommunikationsmåder, tænkemåder og handlinger ("*Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse*", Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet, 2005 – udarbejdet for voksenpsykiatrien)

Den generelle sundhedsaftale og de 19 bilaterale sundhedsaftaler mellem regionen og den enkelte kommune findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+ med+ kommunerne](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne)

2. Kommunikation og parternes tilgængelighed

Elektronisk kommunikation mellem samarbejdspartnere

Målet er, at kommunikation mellem regionspsykiatri, almen praksis og kommune skal ske via MedCom. Indtil MedCom-kommunikation er muligt, skal der anvendes "sikker mail".

Modtagelsen sker i den relevante afdeling i kommunen.

Der arbejdes på - teknisk og organisatorisk - at udvikle og implementere den elektroniske kommunikation mellem parterne på psykiatriområdet.

Patienten skal have let adgang til kommunen

Patientens/familiens kontaktperson hos BUC hjælper med videreformidling af kontakttelfonnummer til kommunen, hvis patienten/familien har behov for kontakt til sin kommune under indlæggelsen.

Oversigt med kommunale kontakttelfonnumre:

Link: www.rm.dk/sundhed under pkt. samarbejde med kommunerne i bilag 1 i den generelle sundhedsaftale.

Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Kontakten mellem samarbejdsparterne sker via en kontakliste, som indeholder information om kommunerne i regionen.

Listen kan anvendes af såvel regionspsykiatrien som praktiserende læger og vagtlæger, når de skal have kontakt til kommunernes myndighedsafdeling, socialpsykiatrien eller vagthavende sygeplejerske. Listen skal ikke anvendes af borgere/patienter.

Oversigter over kommunale tilbud og telefonkontakt:

Link: www.Praksis.dk og www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+ kommunerne/ under den generelle sundhedsaftale.

Oversigt over subakutte og ambulante tilbud samt telefonisk speciallægelig rådgivning i den regionale psykiatri:

Link: XXX

Psykiatriens regionsdækkende og døgnåbne telefonlinje:

Målgruppe: Den psykisk syge person og pårørende, praktiserende læger/vagtlæger, politiet mm.

Formål: Sikre målgruppen rådgivning og vejledning i konkrete situationer

Link: Nummer XXXXXXXX til hjemmeside

3. Samarbejde ift. hovedfunktioner

3.1. HENVISNINGER

3.1.1. Det gode henvisningsforløb

Kommunerne, praktiserende læger og regionspsykiatrien vil

- Medinddrage barnet/den unge og forældrene
- Overveje mulige alternativer til henvisningen sammen med forældrene
- Overveje, om der er behov for et specialiseret tilbud fra BUC
- Tilstræbe, at alle relevante professionelle parter inddrages
- Tilstræbe, at der foregår god kommunikation og koordinering mellem alle relevante parter
- Tilstræbe, at familien oplever sammenhæng i forløbet op til henvisningen

3.1.2. Forløb FØR henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC)

Henviserens overvejelser inden henvisning

- Det vurderes, hvorledes det er muligt selv at undersøge og behandle børn på det mindst indgribende niveau (herunder undervisnings- og socialsektoren)
- Det vurderes, om barnets/den unges forstyrrelser er så svære eller komplicerede, at kommunens professionelle behandles muligheder er udtømte
- Det skal overvejes, hvad der skal ske, hvis henvisningen bliver afvist
- Forældrene (og den unge, hvis vedkommende er over 15 år) inddrages i vurderingen og, der er lydhørhed over for forældrenes ønsker

Kommunen

Internt i kommunerne etableres procedurer for at sikre, at alle relevante primærkommunale indsatser er overvejet/afprøvet før en henvisning. Det kan eksempelvis ske i form af visitationsudvalg.

Den kommunale indsats/overvejelser inden en henvisning skal dokumenteres i henvisningen.

Såfremt kommunens egne muligheder er afsøgt, kan der telefonisk indhentes råd og vejledning hos relevante afsnit i BUC.

[Link: til organisationsdiagram og telefonliste til enkelte afsnit](#)

Praktiserende læge

Såfremt egen læge gennem dialog med forældrene konstaterer, at kommunen er involveret omkring barnet/den unge/familiens aktuelle vanskeligheder, etablerer egen læge en dialog med de relevante samarbejdsparter i kommunen mhp. at indhente det foreliggende materiale for at kvalificere henvisningen. Det er en nødvendighed, at der foreligger samtykke fra forældrene(/den unge, såfremt vedkommende er fyldt 15 år).

Såfremt egen læge gennem dialog med forældrene konstaterer, at kommunen *ikke* er involveret omkring barnet/den unge/familiens aktuelle vanskeligheder, skal egen læge overveje en kontakt/underretning til kommunen herom evt. sammen med en henvisning til BUC.

3.1.2. Henvisning til BUC

Der foretages en vurdering og efterfølgende henvisning

- Ved mistanke om /eller påviste:
 - Psykoser

- Affektive lidelser (mani, depression)
- Tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker
- Anoreksi
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- Når børn og unge udfører alvorlige selvmordsforsøg
- Når psykofarmakologisk behandling neuroleptika, antidepressiva og centralstimulenta af børn og unge ønskes vurderet/værksat
- Ved formodning om alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande

Henvielsen kan være akut, subakut eller planlagt, dvs. som følger almindelig venteliste.

Akutte henvisninger (efter henvisers vurdering)

- Håndteres inden for 24 timer
- I dagtimerne følges de almindelige henvisningsveje
- Uden for dagtimerne modtages patienten på psykiatrisk skadestue/modtagelsen, der modtager børn og unge med behov for akut psykiatrisk bistand

[Link: Kontaktoplysninger](#)

Subakutte henvisninger (vurderet efter telefonisk aftale mellem henviser og det relevante afsnit på BUC)

- Sager, som vurderes ikke at kræve håndtering inden for 24 timer, men som heller ikke kan afvente den almindelige procedure for planlagte henvisninger
- Det aftales konkret, hvordan der gås videre med den enkelte sag

[Link:Telefonliste, afsnit:](#)

Planlagte henvisninger, dvs. til undersøgelses- og behandlingsforløb med venteliste

Følgende kan henvise til planlagt børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse:

- Praktiserende læge
- Praktiserende speciallæge
- Anden hospitalsafdeling
- Specialiserede kommunale enheder (kommunen fastlægger visitationskompetencen internt i kommunen)

3.1.3. Sådan henvises der

Ved henvisning fra kommunen

Der er indgået et forpligtende samarbejde mellem kommuner og BUC om at anvende det udarbejdede henvisningsskema.

[Link:Til henvisningsskema og vejledning til dette](#)

I henvisningen samler og strukturerer kommunen relevante oplysninger om barnet/den unge. Herudover giver kommunen en samlet vurdering af sagen, hvilket sker i forbindelse med udfyldelse af henvisningsskemaet.

Hvis der er anvendt tests til at lave en kognitiv vurdering oplyses bagvedliggende data såsom scaled scores. Endvidere beskrives barnets adfærd under testningen med hensyn til koncentration, opmærksomhed, kontakt mv.

Ved henvisning fra andre end kommunale forvaltningsenheder

Det anbefales for at opnå fyldestgørende henvisninger og dermed mindske ventetiden, at henvisningsskemaet følges således, at det fremgår, om henviser har kendskab til hvilke undersøgelser, der er lavet, og hvor de er lavet.

[Link:Henvisningsskema og vejledning til dette](#)

Ved henvisning fra egen læge

Psykiatriens praksiskoordinator og BUC har lavet en vejledning for praktiserende læger mht. indholdet i henvisningertil BUC (nedenstående punkter lægges ind i en vejledning på praksis.dk og vil blive fjernet i den endelige udgave af lommehåndbogen)

- Formålet med henvisningen – herunder om det er overvejet hvorvidt, der skal foregå ambulans behandling eller indlæggelse. Desuden en beskrivelse af familiens/barnets/den unges holdning til henvisningen og aftaler truffet med familien
- Beskrivelse af problemstillingen
- Diagnostiske overvejelser (hypotese)
- Kort beskrivelse af familien (kendte og relevante oplysninger om de sociale forhold, om der er andre børn i familien, og hvordan de har det)
- En kort beskrivelse af barnets udvikling (graviditet/fødsel, trivsel, milepæle, kontaktevne, legeevne, overgange til institutioner, skole mv.), relationelle forhold mv.
- Egen læges aktuelle kognitive vurdering af barnet/den unge (er barnet/den unge normalt eller dårligt begavet, og på hvilket grundlag er denne vurdering foretaget)
- En sammenfattende beskrivelse af barnets/den unges adfærd i dagligdagen (eksempelvis oplysninger fraforældre, lærere mv. om barnets/den unges adfærd i hjemmet, i børnehaven, i skolen, i SFO)
- Resultater af tests, som allerede er foretaget af henviser
- Beskrivelse af tidligere indsats samt effekt
- Konklusioner af de undersøgelser, der allerede er foretaget af henviser
- Oplysninger om forældremyndighed
- Egen læge angiver, om der aktuelt er givet samtykke fra patienten/forældrene til at indhente relevante oplysninger.Henvisningen danner grundlag for visitationen i BUC.

3.2. VISITATION

Det er kun en mindre del af den samlede gruppe af børn og unge med psykiske vanskeligheder, som undersøges og behandles i BUC.

Undersøgelse og behandling af børn med psykiske vanskeligheder søges – lige som andre sundhedsydelse i Danmark – foretaget på det organisatorisk laveste og mindst indgribende niveau.

BUC har kompetencen til at vurdere, om en henvisning kan accepteres eller må afvises. Børn og unge skal generelt først henvises til BUC, hvis der er tale om så komplicerede og svære forstyrrelser, at primærsektoren ser sig ude af stand til at håndtere problemstillingerne.

Henvisninger vil, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, blive afvist:

- Når barnet/den unge ikke har symptomer på psykisk sygdom
- Når der er sket en tilstrækkelig udredning i primærsektoren, og hvor det umiddelbart ses, at henvisningen alene ønskes som led i en formel procedure i forbindelse med f.eks. visitation til specialundervisning, institutionsanbringelse eller anbringelse uden for hjemmet uden forældresamtykke, og hvor der i øvrigt ikke er behov for børne- og ungdomspsykiatrisk behandling

Når BUC accepterer en henvisning

BUC er forpligtet til inden for 8 hverdage at give patienten/forældrene (samt henviser) besked om tidspunkt for første kontakt i behandlingsforløbet.

Ved tilfælde af, at første møde først kan finde sted senere end to måneder efter modtagelsen af henvisningen, oplyses patient/forældre om reglerne for udvidet ret til undersøgelse og behandling.

Når BUC afviser en henvisning

BUC kontakter henviser skriftligt med begrundelse for afslag inden for 8 hverdage.

F.eks. med bemærkning om, at patientens symptomer og deres sværhedsgrad ikke vurderes at berettige til undersøgelse og/eller behandling indenfor sygehusvæsenet, men hører hjemme i primærsektoren.

Eller at det ikke findes godtgjort, at patientens symptomer og problemer og familiens forhold i den forbindelse er tilstrækkeligt vurderet af kommunen mhp. at afklare, hvorvidt de anførte symptomer og problemer kunne afhjælpes ved kommunal støtte på baggrund af Lov om Social Service og/eller Folkeskolelovens bestemmelser vedr. specialundervisning mm.

3.3. SAMARBEJDE UNDER PLANLAGTE UNDERSØGELSE- OG BEHANDLINGSFORLØB (ambulant eller under indlæggelse (stationær))

BUC

- Indhenter samtykkeerklæringer fra barnet/den unge/forældrene til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger med henblik på udveksling af helbredsoplysninger om barnet/den unge
- Indhenter aktuel status fra henviser efter samtykke fra barnet/den unge/forældrene
- Tildeler barnet/den unge en kontaktperson
- Kontakter kommunen hurtigst muligt efter indlæggelsen, efter aftale med barnet/den unge/forældrene, hvis det er relevant [Link: Kontaktoplysninger](#)
- Der foreligger/udarbejdes en tværfaglig udrednings- og behandlingsplan for barnet/den unge [Link: Procedure eDok](#)
- Udleverer behandlingsplanen til barnet/den unge/forældrene – under hensyntagen til barnets/den unges modenhed og alder
- Underretter praktiserende læge om indlæggelsen, hvis det er relevant
- Adviserer kommunen hurtigst muligt, hvis der er behov for opfølgende kommunale foranstaltninger efter afslutning af undersøgelser/behandlinger (eksempelvis skole, PPR, støtteperson, døgntilbud, misbrugskonsulenter, socialpsykiatrisk team eller andre). Dette sker efter samtykke barnet/den unge/forældrene og kan ske i form af netværksmøde eller telefonisk samtale

Kommunen

- Hvis der er behov for efterfølgende foranstaltninger, har kommunen ansvaret for den videre opfølgning
- Kommunen har ansvaret for at påbegynde den videre opfølgning samt understøtte familien, mens den ambulante undersøgelse/behandling pågår

Hospitalsundervisning

- Beliggenhedskommunerne (Århus, Viborg, Herning) har ansvaret for og driver undervisningstilbuddet
- BUC afgør ud fra en sundhedsfaglig vurdering, hvornår barnet/den unge kan profitere af undervisningen. Undervisningen igangsættes umiddelbart herefter

3.4. AKUT INDLÆGELSE

3.4.1. Overvejelser inden eventuel akut indlæggelse

Har barnet/den unge et akut udrednings- og behandlingsbehov?

Er der alternativer til indlæggelse?

- Råd, vejledning og faglig sparring hos vagthavende læge på hospitalet på den relevante afdeling
- Ambulant undersøgelse næste dag
- Andre alternative muligheder for akutte foranstaltninger i kommunen

Faglige overvejelser hos kommunalt personale

- Observationer vedr. barnets/den unges psykiske tilstand
 - Hvilke væsentlige ændringer er der hos barnet/den unge?

ISBAR kan være et hjælperedskab til kommunikation med vagtlæge/samarbejdspartner:
Identifikation – **S**ituation – **B**aggrund – **A**nalysel – **R**åd

[Link: XXX](#)

3.4.2. Typer af akut indlæggelse

Akut indlæggelse kan ske frivilligt eller under tvang.

Hvis indlæggelsen sker under tvang, sker det enten i henhold til:

- Lov om tvang i psykiatrien,
- Lov om forældreansvar, eller
- Lov om social service

[Link: Instruks for BUC, Risskov](#)

3.4.3. Hvem gør hvad ved akut indlæggelse

Praktiserende læge/vagtlæge

Hvis praktiserende læge/vagtlæge medvirker ved indlæggelsen

- Inddrager barnets/den unges og forældrenes viden, kompetencer, behov og forventninger
- Informerer (under hensyntagen til barnets/den unges alder og modenhed) barnet/den unge og forældrene om:
 - Indlæggelsesårsag
 - Bivirkninger ved behandling vs. ikke behandling
- Informerer barnet/den unge/forældrene om at medbringe egen medicin (ordineret og ekstra medicin i glas/doseringsæsker)

Kommunen

Hvis kommunen medvirker ved indlæggelsen

- Indhenter samtykkeerklæringer fra barnet/den unge/forældrene til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger med henblik på udveksling af helbredsoplysninger om barnet/den unge
- Informerer barnet/den unge og forældrene om det kommende indlæggelsesforløb

- Overvejer – sammen med praktiserende læge/vagthavende psykiatriske læge – alternative kommunale muligheder, som kan forebygge en u hensigtsmæssig akut indlæggelse
- Hvis sagsbehandler medvirker til indlæggelse, sørger sagsbehandler for, at barnets/den unges eventuelle ambulante behandler i børne- og ungepsykiatrien (samt andre relevante samarbejdspartnere) informeres
- Fremsender indenfor 24 timer (eller senest førstkommende hverdag) relevante oplysninger, der har betydning for indlæggelse og planlægning af efterforløb til den psykiatriske afdeling
- Opretholder kontakten mellem barnet/den unge og kommunal sagsbehandler under indlæggelsen

BUC

- Tildeler barnet/den unge en kontaktperson
- Indhenter samtykkeerklæringer fra barnet/den unge/forældrene til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger med henblik på udveksling af helbredsoplysninger om barnet/den unge
- Underretter forældre og praktiserende læge hurtigst muligt efter indlæggelsen
- Kontakter kommunen hurtigst muligt efter indlæggelsen, efter aftale med barnet/den unge/forældrene, hvis det er relevant [Link: Kontaktoplysninger](#)
- Udarbejder en behandlingsplan senest en uge efter indlæggelse
- Udleverer behandlingsplanen til barnet/den unge/forældrene – under hensyntagen til barnets/den unges modenhed og alder

3.5. UDSKRIVNING/AFSLUTNING

3.5.1. Udskrivningskonference

- Hvis BUC har en underskrevet samtykkeerklæring, inviteres kommunen og andre relevante parter til en udskrivningskonference
- BUC indkalder så tidligt som muligt til udskrivningskonference. Kommunen er indstillet på at møde op til dette møde senest 10 hverdage efter indkaldelsen. Det anbefales, at mødedatoen aftales med den centrale kommunale aktør
- Sagsansvarlig i BUC har initiativet til tage kontakt til den kommunale kontaktperson – hvis det ikke af henvisningen fremgår, hvem der er kommunens kontaktperson, sender BUC en generel invitation til kommunen
- Begge parter tilstræber, at de indkaldte deltagere er i besiddelse af den relevante faglige kompetence
- For at sikre en sammenhængende og koordineret indsats for barnet/den unge/familien, anbefales det, at der forud for afholdelse af udskrivningskonference holdes et telefonisk formøde mellem den sagsansvarlige i BUC og den kommunale kontaktperson. Begge parter kan være initiativtager til et formøde

- Ved formødet forud for udskrivningskonferencen præsenteres diagnose og undersøgelsesresultater og forslag om støtteforanstaltninger drøftes inden præsentation for barnet/den unge og forældrene
- På udskrivningskonferencen fremlægger BUC den endelige diagnose, redegørelse for relevante undersøgelsesresultater, beskrivelse af barnets/den unges ressourcer og støttebehov samt en realistisk vurdering af, hvilken effekt støtten forventes at give

3.5.2. Udskrivningserklæring/udtalelse

I forbindelse med udskrivninger, hvor BUC anbefaler, at der iværksættes opfølgende tiltag, udarbejdes der en udskrivningserklæring/udtalelse.

Udskrivningserklæringen indgår sammen med vurderingerne fra PPR og Socialforvaltningen i den samlede kommunale vurdering af, om der skal etableres støtte og hvilken støtte, der i så fald vil være tale om. BUC vil i forbindelse med samtaler med forældrene informere om denne sammenhæng.

Erklæringen skal indeholde (punkterne er i overensstemmelse med Sundhedsministeriets anbefalinger i "Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialektoren og samspillet med undervisningssektorens tilbud" fra 2001):

- En redegørelse for relevante undersøgelsesresultater
- Diagnose – forklaret på dansk
- En beskrivelse af såvel barnet/den unges ressourcer og støttebehov (men ikke konkrete tilbud eller navngivne institutioner)
- Et realistisk skøn over hvilken effekt, støtten forventes at give
- En vurdering af, hvad der vil ske, hvis støtten ikke etableres
- Navne på kontaktpersoner (inkl. ansvarlig speciallæge), der kan kontaktes ved behov for nærmere drøftelse
- Familiens/barnets/den unges holdning til afdelingens beskrivelse og råd

Udover udskrivningserklæringen forpligter BUC sig til at levere yderligere relevante oplysninger til kommunen vedr. børn/unge og deres forældre, som efter aftale fremadrettet skal have kontakt til kommunen [Link: eDok – tilpasset skema til B&U](#)

Til egen læge sendes en epikrise, jf. retningslinjerne i eDok.

Ang. retspsykiatriske patienter: Se denne aftale i sundhedsaftalen for voksenpsykiatri.

3.5.3. Sundhedsfaglig beskrivelse af en "færdigbehandlet" psykiatrisk patient.

I det regionale sundhedssamarbejde i Region Midtjylland anvendes den administrative definition ved registrering af både en somatisk og psykiatrisk færdigbehandlet patient:

"Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten¹¹".

¹¹ Sundhedsstyrelsen. Registreringsvejledning. Registrering af færdigbehandlet patienter. Revideret dec. 2009.

Følgende sundhedsfaglig beskrivelse af en færdigbehandlet psykiatrisk patient uddyber de faglige overvejelser og opgaver, som ligger bag ved Sundhedsstyrelsens definition og beskriver, hvordan den praktiseres:

1. Ud fra en lægelig helhedsvurdering er den psykiatriske patient færdigbehandlet i stationært regi, når patientens behov for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, træning, sundhedsfaglig pleje og forebyggelse og sundhedsfremme¹² er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.

Det vil sige,

- at der ikke mere er behov for den specialiserede indsats, som kræver specialkundskab og/eller specialudstyr, som kun findes på et hospital, eller den fortsatte almene og specialiserede behandling² bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv¹³
 - at patienten ikke længere opfylder krav om frihedsberøvelse i henhold til lov om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien¹⁴
 - at indlæggelsen ikke er betinget af en retslig foranstaltning¹⁵
2. Ved udskrivelsen forventes, at patientinformation, som vurderes aktuel for den enkelte patient, er givet om helbredstilstand og behandlingsmuligheder¹⁶. Der informeres også om andre lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder og konsekvenser af ingen behandling, risikoen for komplikationer og bivirkninger, relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder⁵ samt mulig hjælp efter den sociale lovgivning¹⁷.
 3. Desuden forventes, at der foreligger patientinformationer til kommunen fra regionspsykiatrien og evt. genoptræningsplan, hvis der behov herfor. Udveksling af information mellem hospital og kommune vil almindeligvis forudsætte patientens skriftlige accept.

Dette gælder ikke:

- udskrivningsaftaler, som udfærdiges for de patienter, der ikke forventes at søge den behandling eller de sociale tilbud, som er nødvendige for patientens helbred
 - koordinationsplaner, som udfærdiges for de patienter, der ikke vil indgå en udskrivningsaftale¹⁸.
 - Epikrise udarbejdes jf. hospitalernes servicemål.
4. Udskrivelsestidspunkt er aftalt med kommunen, hvor disse skal inddrages jf. sundhedsaftale og kommunale forberedelsestider¹⁹, så patienten er klar til udskrivning på registreringsdatoen for færdigbehandlet.

¹² Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24. juni 2005. § 5 beskriver, hvad behandling omfatter i sundhedsloven.

¹³ Sundhedsstyrelsen. ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Verdensorganisationen WHO. Munksgaard Danmark. 2003.

¹⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1111 af 01.11. 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien. Kapitel 3 om frihedsberøvelse §§ 5-11.

¹⁵ Justitsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1034 af 29.10. 2009. §§ 16 og 68.

¹⁶ Sundhedslovens § 16 om patienters retsstilling.

¹⁷ Lov nr. 573 af 24. juni 2005 om social service.

¹⁸ Indenrigs - og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1111 af 01.11. 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien. Kapitel 4a opfølgning efter udskrivning §§ 13a-c.

¹⁹ Sundhedsaftalen vedr. udskrivelse af personer med psykiatriske lidelser inden for voksenområdet i Region Midtjylland.

Det betyder,

- at registreringstidspunktet for færdigbehandlet ikke kan rykke i forhold til kommunal forberedelsestid og, at patienter ikke kan blive på hospitalet, hvis de kan modtages tidligere til de kommunale indsatser end forberedelsestiden foreskriver
- at sundhedspersonalet på hospitalerne i deres planlægningsarbejde af udskrivning af den enkelte patient i størst muligt omfang søger at sikre sammenfald mellem den faktiske udskrivningsdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet
- At der sker fornyet henvendelse til kommunen, hvis færdigbehandling sker tidligere end aftalt

Link: På [www. praksis.dk](http://www.praksis.dk) og Region Midtjyllands hjemmeside og e-Dok kan interesserede medarbejdere få oplysninger om baggrund, faglige overvejelser og begrundelser for den sundhedsfaglige beskrivelse af en færdigbehandlet patient.

3.5.4. Samarbejde efter udskrivningen af døgnindlagte patienter

Råd og vejledning

- I forbindelse med udskrivningen kan barnet/den unge og forældrene efter aftale kontakte indlæggelsesstedet telefonisk for råd og vejledning vedr. selve indlæggelsen umiddelbart efter udskrivningen
- Kommunen og praktiserende læger kan altid kontakte BUC i dagtimerne [Link:xxx](#)

3.5.5. Særlige ydelser ved udskrivning

Medicin ved udskrivningen

Fra regionspsykiatrien medgives patienten/forældrene/institutionspersonalet:

- Skriftlig medicinliste indeholdende den aktuelle medicin
- Recept til en måneds forbrug af medicin (eller evt. indtelefonering til apotek)
- Medicin til apotekets første åbningsdag kl. 12, men tilpasset individuelle behov
- Aktuell medicin ved udskrivningen fremgår af epikrisen til patientens egen læge
- Hvis institutionspersonale skal medvirke ved medicinadministration, skal BUC huske at give institutionen besked
- Børn og unge med dosisdispensering: Lokale aftaler findes på: [Link: Den enkelte hospitalsenheds e-Dok og som bilag i de lokale sundhedsaftaler](#)
- Ikke-indlagte børn og unge med nydiagnosticeret skizofreni kan de første to år af deres sygdomsforløb få antipsykotisk medicin vederlagsfrit [Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_650712.NSF/SoegeView/601621CD6DB27888C125748B005B2730](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_650712.NSF/SoegeView/601621CD6DB27888C125748B005B2730)
- For retspsykiatriske patienter: Se afsnit 10.2 i sundhedsaftalen for voksenpsykiatri

Lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivningen

Se aftale om træningsområdet i kapitel 4 i lommehåndbogen for samarbejde på det somatiske område.

Hjælpemidler og udskrivning

Se aftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler i kapitel 5 i lommehåndbogen for samarbejde på det somatiske område.

4. Sundhedsaftale vedr. patienter med misbrug og psykisk sygdom (dobbeltdiagnose)

Målgruppen

Patienter, som både har en behandlingskrævende psykisk sygdom af en vis sværhedsgrad og et behandlingskrævende misbrugsproblem (dobbeltdiagnosepatienter).

Der gælder et delt behandlingsansvar

- Regionspsykiatrien har ansvaret for den psykiatriske behandlingsindsats, mens
- Kommunerne har ansvaret for behandling af alkoholmisbrug og den lægelige behandling for stofmisbrug

Princip for organisering af indsatsen

Etablering af lokale fællesteams vedrørende dobbeltdiagnosepatienter

Der etableres mindst et fællesteam for hvert af voksenpsykiatriens hovedfunktioner.

Fællesteamets opgave

- At lægge en fælles koordinerende handleplan for henviste dobbeltdiagnosepatienter, som omfatter behandling for både den psykiske lidelse og misbruget og tager hånd om patientens sociale situation i øvrigt
- Den videre udredning og behandling samt socialindsats varetages af de respektive lokale behandlingenheder og sociale tilbud

Fællesteamet sammensætning

Mindst 3 medlemmer:

- én fra behandlingspsykiatrien,
- én fra hver kommunes misbrugsbehandling og
- én fra hver kommunes myndighedsfunktion på socialområdet

Teamet udvides ad hoc med repræsentanter fra BUC, repræsentanter fra kommunens myndighedsfunktion og misbrugsbehandling for unge under 18, Retspsykiatrien, Kriminalforsorgen og Regionpsykiatrien.

Teamet skal have adgang til lægefaglig bistand i et omfang, der aftales nærmere.

I klyngerne udarbejdes uddybende lokale procedurer mm. for fællesteamets sammensætning og funktion samt henvisningsprocedure.

I klyngerne udarbejdes en samlet beskrivelse af de behandlingsmæssige og sociale tilbud, der henvender sig til unge og voksne med psykisk sygdom, der også har et misbrug, samt i BUC.

5. Sundhedsaftale vedr. børn af forældre med psykisk sygdom

Se aftale vedr. børn af forældre med psykisk sygdom i sundhedsaftalen for voksenpsykiatri.

6. Sundhedsfremme og forebyggelse

Fælles med somatikken, se lomme håndbogens afsnit for sundhedsfremme og forebyggelse.

7. Utilsigtede hændelser v. sektorovergange

Fælles med somatikken, se lommehåndbogens afsnit for utilsigtede hændelser v. sektorovergange.

8. Træningsområdet

Fælles med somatikken, se lommehåndbogens afsnit vedr. træningsområdet.

9. Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Fælles med somatikken, se lommehåndbogens afsnit vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler.

10. Samarbejde ift. regionsfunktioner/ højt specialiserede funktioner

10.1. SUNDHEDSAFTALE VEDR. RETSPSYKIATRISKE PATIENTER

Se denne aftale i sundhedsaftalen for voksenpsykiatri.

10.2. PATIENTER MED OLIGOFRENI

(Aftalen vil sandsynligvis være klar til efteråret)

10.3. PATIENTER MED SPISEFORSTYRRELSER

Efter maj 2011 indlægges børn og unge med spiseforstyrrelser fra hele regionen på Center for Spiseforstyrrelser i Risskov. Indtil da indlægges børnene på de relevante skolebørnsafsnit. Se i øvrigt afsnittene vedr. indlæggelse og udskrivning.

For patienter fra 18 år se afsnittet vedr. indlæggelse og udskrivning i aftalen for voksenpsykiatri.

Vedrørende både børn, unge og voksne gælder, at det kun er i tilfælde med en svær spiseforstyrrelse (anoreksi), at indlæggelse kan finde sted.

Aftale om voksne med psykisk sygdom

1. Indledning

Sundhedsaftalen på psykiatriområdet gælder for patienter – børn eller voksne – med en psykisk sygdom:

- som er i kontakt med regionspsykiatrien, egen læge/speciallæge eller kommunen og
- hvor mindst 2 af parterne er eller skal være involveret i indsatsen

Håndbogen er udformet som et opslagsværk og skal være et let anvendeligt arbejdsredskab for dem, der i hverdagen skal sikre det sammenhængende og koordinerede patientforløb. Til brug for den enkelte er der et kapitel til egne noter og indlagt plastik-lommer, hvor der kan lægges nedkopierede lokale aftaler.

Det sammenhængende patientforløb forudsætter et samarbejde, som er helhedsorienteret, tværfagligt og tværsektorielt. For enkelthedsens skyld anvendes begrebet patient – som synonym for borger/bruger. Tilsvarende anvendes begrebet kommunen for alle de relevante kommunale forvaltningsenheder.

Med en fælles lommehåndbog for børne- og ungdoms- og voksenpsykiatrien skal det for børne- og ungdomspsykiatriens vedkommende tilføjes, at begrebet forældre også dækker begrebet forældremyndighedsindehaver/primær omsorgsperson.

De fælles værdier i sundhedssamarbejdet i Region Midtjylland

- Vi vil **samarbejde med patienten og pårørende og sætte disse i front** ved at involvere vedkommende aktivt i de enkelte sociale indsatser, sundhedsindsatser og patientforløb
- Vi vil **være gode samarbejdspartnere**, der **udviser gensidig respekt og tillid** ved at anvende parternes kompetencer bedst muligt og overholde de indgående aftaler
- Vi vil **påtage os initiativpligten** ved at handle og tage initiativet, der hvor patienten befinder sig

De nationale fælles værdier i indsatsen for mennesker med en psykisk sygdom – **Respekt, Faglighed og Ansvar** – er et godt afsæt for at bygge bro mellem kommunerne, regionspsykiatrien og almen praksis, og de bør indgå i dagligdagens sprog, kommunikationsmåder, tænkemåder og handlinger ("*Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse*", Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet, 2005 – udarbejdet for voksenpsykiatrien)

Den generelle sundhedsaftale og de 19 bilaterale sundhedsaftaler mellem regionen og den enkelte kommune findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+ med+ kommunerne](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne)

2. Kommunikation og parternes tilgængelighed

Elektronisk kommunikation mellem samarbejdsparterne

Målet er, at kommunikation mellem regionspsykiatri, almen praksis og kommune skal ske via MedCom. Indtil MedCom-kommunikation er muligt, skal der anvendes "sikker mail".

Modtagelsen sker i den relevante afdeling i kommunen.

Der arbejdes på - teknisk og organisatorisk - at udvikle og implementere den elektroniske kommunikation mellem parterne på psykiatriområdet.

Patienten skal have let adgang til kommunen

Patientens/familiens kontaktperson hjælper med videreformidling af kontakttelfonnummer til kommunen, hvis patienten har behov for kontakt til sin kommune under indlæggelsen.

Oversigt med kommunale kontakttelfonnumre

Link: [www.rm.dk/sundhed under pkt. samarbejde med kommunerne i bilag 1 i den generelle sundhedsaftale](http://www.rm.dk/sundhed_under_pkt_samarbejde_med_kommunerne_i_bilag_1_i_den_generelle_sundhedsaftale).

Samarbejdsparternes indbyrdes tilgængelighed hele døgnet

Kontakten mellem samarbejdsparterne sker via en kontakliste, som indeholder information om kommunerne i regionen.

Listen kan anvendes af såvel regionspsykiatrien som praktiserende læger og vagtlæger, når de skal have kontakt til kommunernes myndighedsafdeling, socialpsykiatrien eller vagthavende sygeplejerske. Listen skal ikke anvendes af borgere/patienter.

Oversigter over kommunale tilbud og telefonkontakt:

Link: www.Praksis.dk og [www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+ kommunerne/ under den generelle sundhedsaftale](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne/under_den_generelle_sundhedsaftale).

Oversigt over subakutte og ambulante tilbud samt telefonisk speciallægelig rådgivning i den regionale psykiatri:

Link: XXX

Psykiatriens regionsdækkende og døgnåbne telefonlinje:

Målgruppe: Den psykisk syge person og pårørende, praktiserende læger/vagtlæger, politiet mm.

Formål: Sikre målgruppen rådgivning og vejledning i konkrete situationer

Link: Nummer XXXXXXXX til hjemmeside

3. Samarbejde ift. hovedfunktioner

3.1. AMBULANTE FORLØB

Hovedparten af den psykiatriske behandling sker i ambulant regi. Mange patienter får kun ambulant behandling, men til gengæld er det en gruppe patienter (den fælles målgruppe), som ofte over længere tid (måneder til år) har brug for en sammenhængende og koordineret indsats mellem to eller flere af følgende parter: Den regionale psykiatri, praktiserende læge/speciallæge og kommunen.

Patienter med retslige foranstaltninger i ambulant regi - se aftale vedr. retspsykiatriske patienter.

3.1.1. Opstart af ambulante forløb

Regionspsykiatriens opgave er:

- At udarbejde en behandlingsplan og løbende revurdere behandlingsplanen
- At udarbejde en behandlingsplan senest i forbindelse med den 2. ambulante kontakt/besøg
- Ved behov at indkalde til et samarbejds møde med kommunen og andre relevante parter – skal vurderes i forbindelse med opstart af behandlingsforløbet

Formålet med mødet er at sikre koordination mellem behandlingsplanen og kommunens handleplan(er) samt, at der som minimum laves aftaler om:

- Fordeling af opgaver og ansvar mellem de involverede parter
- Hvem, der har ansvar for opfølgning således, at patienten får de relevante tilbud
- Hvem, der har ansvar for at reagere, hvis aftalen/planen ikke overholdes, herunder hvis der er mistanke om medicinsvigt eller andet, der kan forværre patientens tilstand (initiativpligten)

Målet med koordinationsmødet er at sikre, at hver især er bekendt med og har accepteret deres rolle som aktionstager.

Om behandlingsplaner: se endvidere [retningslinje for behandlingsplaner i psykiatrien i e-dok.](#)
[Link:xxx](#)

3.1.2. Samarbejde om ambulant forløb

Regionspsykiatriens opgave er:

- At sikre, at det mindst én gang om året vurderes, hvorvidt det er relevant at indkalde til et koordinerende møde mellem de involverede parter. På mødet revideres eventuel udskrivningsaftale ligesom, der sikres koordination mellem behandlingsplanen og kommunens handleplan(er)
- At orientere kommunen om overflytning fra et ambulant tilbud til et andet ambulant tilbud. Det vurderes, om der er behov for et samarbejds møde, f.eks. i de tilfælde hvor skiftet betyder nye samarbejdspartnere

3.1.3. Afslutning af det ambulante forløb

Ambulante forløb afsluttes efter aftale med patienten.

Regionspsykiatriens opgave er:

- At orientere samarbejdspartnere herom. Dette sker enten på møde eller i form af anden kontakt
- At udarbejde epikrise, som sendes til almentpraktiserende læge/speciallæge i psykiatri

3.2. INDLÆGGELSE

3.2.1. Det gode indlæggelsesforløb

Kommunerne, praktiserende læger og regionspsykiatrien vil:

- Inddrage patienten. Samarbejdet med de pårørende prioriteres højt, og de inddrages altid, med mindre patienten udtrykkeligt modsætter sig dette
- Forberede indlæggelsen i de tilfælde, hvor det er relevant og muligt
- Sikre god kommunikation, sammenhæng og koordinering mellem de involverede personalegrupper
- Påbegynde planlægningen af udskrivningen ved indlæggelsen
- Tilstræbe, at patienten oplever helhed, sammenhæng og koordination i indsatsen

3.2.3. Overvejelser inden eventuel akut indlæggelse:

Faglige overvejelser hos kommunalt personale

- Observationer vedr. borgerens psykiske tilstand
 - Hvilke væsentlige ændringer er der hos borgeren

Kommuner opfordres til at anvende hjælperedskabet **ISBAR**-kommunikation med vagtlæge/samarbejdspartner: Identifikation – Situation – Baggrund – Analys – Råd

[Link: xxx](#)

Den indlæggende læge overvejer i samarbejde med kommunen

Har patienten et akut udrednings- og behandlingsbehov, som kræver indlæggelse?

Er der et alternativ til indlæggelse?

- Råd og vejledning og faglig sparring hos vagthavende læge på hospitalet på den relevante afdeling
- Ambulant aftale næste dag
- Alternative muligheder i kommunen og fra regionspsykiatrien – Se kommunens og regionspsykiatriens tilbud ([Link: xxx](#)). Hensigten er at sikre brug af mindstemiddelsprincippet og dermed sikre brug af evt. kommunale alternativer

3.2.4. Hvem gør hvad ved indlæggelse

Praktiserende læge/indlæggende læge

Ved planlagte og akutte indlæggelser

- Inddrager patientens viden og kompetencer, behov, og forventninger
- Informerer patient og evt. pårørende om:
 - Indlæggelsesdiagnose
 - Evt. supplerende undersøgelser i regionspsykiatrien eller på somatisk hospital
 - Behandlingsmuligheder
 - Risiko for komplikationer
 - Bivirkninger ved behandling vs. ikke behandling
- Informerer patienten om at medbringe:
 - Egen medicin (ordineret og ekstra medicin i glas/ doseringsæsker)

- Evt. personligt tilpassede hjælpemidler
- Overvejer alternative ambulante behandlingsmuligheder evt. i samarbejde med kommunens socialpsykiatri/hjemmepleje/ hjemmesygepleje for at forebygge u hensigtsmæssige akutte indlæggelser. Se pkt. 3.2.
- Sender henvisning og medicinoversigt
- Vurderer behovet for patienttransport i forbindelse med indlæggelsen
- Pjece om patienttransport: [Link: www.rm.dk/sundhed/ vejledning+til+patienter/befordring](http://www.rm.dk/sundhed/vejledning+til+patienter/befordring)
- Kontakter kommunen ved behov (f.eks. mht. familiemedlemmer, mindreårige børn, dyr)

Herudover ved planlagte indlæggelser

- Oplyser og rådgiver patienten og evt. pårørende om frit sygehusvalg, ventetider, patientvejleder m.m. Findes på: [Link: www.rm.dk/sundhed/vejledning+til+patienter](http://www.rm.dk/sundhed/vejledning+til+patienter)
- Indsamler observationer og forundersøgelser, som kan foretages i primær sektor og/eller ambulantly på hospital inden indlæggelse, jf. henvisningsvejledninger på praksis.dk
- Medinddrager socialpsykiatrien og/eller hjemmesygeplejen i disse forberedelser inden indlæggelsen

Kommunen

- hvis kommunen medvirker ved indlæggelsen

Ved planlagte og akutte indlæggelsesforløb

- Indhenter samtykkeerklæring til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger mhp. udveksling af helbredsoplysninger
- Informerer patienten om det kommende indlæggelsesforløb
- Hjælper patienten med specifikke problemstillinger: f.eks.
 - Praktiske forhold ift. hverdagen (f.eks. mht. familiemedlemmer, mindreårige børn, dyr)
 - Medbringelse af egen medicin ved indlæggelsen (ordineret og ekstra medicin i glas/ doseringsæsker) og evt. oversigt over medicin
 - Evt. personligt tilpassede hjælpemidler
 - Vurdering af evt. afbestilling af kommunale ydelser
- Overvejer – sammen med praktiserende læge/ vagtlæge – alternative kommunale muligheder, som kan forebygge en u hensigtsmæssig akut indlæggelse. Se afsnit **3.2**
- Hvis kontaktperson/socialpsykiatrien medvirker til indlæggelse, sørger de for at sikre, at pågældendes ambulante behandler i regionspsykiatrien (samt andre relevante samarbejdspartnere) informeres
- Kommunen videregiver inden for 24 timer (eller senest førstkommande hverdag) relevante oplysninger, som har betydning for indlæggelse og planlægning af efterforløb, til den psykiatriske afdeling. De nødvendige oplysninger er:
 - Årsag til og formål med indlæggelsen
 - Forventninger til, hvad der bør ske i forbindelse med indlæggelsen
 - Kendte somatiske lidelser
 - Aktuell medicinsk behandling
 - Estimeret sikkerhedsbehov
 - Særlige forhold, f.eks. religion, andet modersmål, retslige forhold, specialkost mm.
 - Kontaktrelationer til pårørende

Ovenstående gælder v. patienter kendt af kommunen

- Kontakten mellem patient og kommunal kontaktperson opretholdes på det niveau, der er muligt, og aftales konkret med indlæggelsesafsnittet

Regionspsykiatrien

Særligt ifm. akutte indlæggelser

- Underretter pårørende hurtigst muligt efter indlæggelsen
- Gør kommunen opmærksom på indlæggelsen således, at kommunen evt. kan afbestille kommunale serviceydelser, hvis kommunen ikke er involveret i indlæggelsen (praktisk bistand, personlig pleje, madordning mm.)

Ved alle indlæggelser (akutte og planlagte)

- Tildeler patienten en kontaktperson
- Indhenter samtykkeerklæring til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger mhp. udveksling af helbredsoplysninger
- Aftaler straks efter indlæggelse (senest førstkommande hverdag) med patienten/borgeren, at kontaktpersoner/kommunen orienteres om indlæggelsen via telefon eller fax (på sigt via MedCom).
- Aftaler samtidig et første samarbejds møde med kommunen ved behov
- Udarbejder en behandlingsplan senest en uge efter indlæggelsen [Link: til Region Midtjyllands eDok](#)
- Varsler kommunen skriftligt hurtigst muligt ved patienter med kompliceret funktionsnedsættelse og en foreløbig vurdering af evt. omfattende ændringer af støttebehovet
- Kontakter praktiserende læge og/eller kommunen ved behov for yderligere information
- Informerer praktiserende læge
- Tager tidligt i forløbet kontakt til kontaktpersonen i socialpsykiatrien i kommunen for at aftale et møde, så udskrivning kan planlægges. Mødet varsles med fem hverdage
- Efterforløb sikres bedst, hvis borgerens kontaktperson, såfremt borgeren ønsker det, deltager i planlagte møder
- Kontakten mellem patient og kommunal kontaktperson opretholdes på det niveau, der er muligt, og aftales konkret med kommunen

3.2.5. "Åben indlæggelse" i psykiatrien for særlige patienter

Formål: Forebygge forværring af sygdomstilstanden og risiko for tvangsindlæggelse
Metode: Individuelle aftaler ift. konkrete patienter

3.3. UDSKRIVNINGSFORLØB FRA STATIONÆR INDLÆGGELSE

3.3.1. Det gode udskrivningsforløb

Kommunerne, praktiserende læger og regionspsykiatrien vil:

- Inddrage patienten. Samarbejdet med de pårørende prioriteres højt, og de inddrages altid, med mindre patienten udtrykkeligt modsætter sig dette
- Sikre at patienten oplever sammenhæng og koordination i udskrivningsforløbet
- Udvide fleksibilitet og rummelighed
- Have kommunale og regionale sundhedsydelser, som kan sikre hurtig udskrivning efter færdigbehandling i regionspsykiatrien
- Sikre god kommunikation og koordinering mellem de involverede personalegrupper

3.3.2. Tilbud til sikring af hurtig udskrivning fra regionspsykiatrien

Kommunerne har forskellige sociale tilbud – rehabiliterings-, støtte- og omsorgstilbud - som kan medvirke til at sikre hurtig udskrivning, når patienten er færdigbehandlet i psykiatrien.

Regionspsykiatrien har forskellige udadgående funktioner, som kan være med til at sikre hurtigere udskrivning, selv om patienten fortsat har brug for specialiseret behandling, men fordi den bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv.

Oversigter over kommunernes og regionspsykiatriens tilbud: [Link: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+ kommunerne/ den+generelle+aftale og i e-Dok på det enkelte regionshospital](http://www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+ kommunerne/ den+generelle+aftale og i e-Dok på det enkelte regionshospital)

3.3.3. Hvem gør hvad ved udskrivningen

Planlagte udskrivninger

HOVEDREGLER:

1. Det er regionspsykiatrien, der har initiativpligten ved en udskrivning

2. Planlægningen af udskrivningen starter allerede ved indlæggelsen

Det udskrivende afsnit:

- Medinddrager patienten. Samarbejdet med de pårørende prioriteres højt, og de inddrages altid, med mindre patienten udtrykkeligt modsætter sig dette og evt. pårørende i udskrivningsforløbet
- Informerer patienten og evt. pårørende om diagnose, indsats for behandling og rehabilitering, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling vs. ikke behandling
- Kortlægger i samarbejde med patienten mestringsstrategier, strategier for forebyggelse af tilbagefald mm.
- Meddeler kommunen om udskrivningstidspunkt/færdigbehandlingsdato så tidligt i forløbet som muligt (via fax/ telefon/ MedComs udskrivningsadvis), og som minimum jf. aftalerne i punkt 4.4 og 4.8 (definition af færdigbehandlet patient)

- Afsender Epikrise

Uplanlagte udskrivinger

Hvis patienten ønsker sig udskrevet uden forudgående aftale med kommunen:

- Regionspsykiatrien orienterer hurtigst muligt, hvis borgeren i forvejen er i kontakt med kommunen
- Regionspsykiatrien/overlægen tager initiativ til, at der udarbejdes en koordinationsplan – se afsnit 4.6, hvis en patient har forladt psykiatrisk afdeling uden dette er aftalt, og omstændighederne i øvrigt tilsiger dette

3.3.4. Kommunal forberedelsestid og typer af udskrivningsforløb

Ved udskrivning, hvor der evt. skal visiteres til yderligere socialpsykiatriske ydelser/tilbud eller, hvor der er behov for revisitation, er sagsbehandlingen kommunens ansvar.

Det er kommunen, der er myndighed, og dermed kan alene kommunen visitere til kommunale ydelser.

Regionspsykiatrien kan drøfte generelle støttemuligheder efter udskrivning med patienten, og kan foreslå de kommunale repræsentanter typer af sociale indsatser.

Type 1: Patienter, som er kendt af kommunen

Type 1a: Ved udskrivning af kendte med uændret funktionsevne eller med behov for mindre ændringer, som hurtigt kan etableres:

Kommunal forberedelsestid:

Regionspsykiatrien kontakter kommunen så hurtigt som muligt, senest dagen før udskrivning

Henvendelsessted:

Patientens bosted/leder/kontaktperson etc.

Kommunikationsform:

Regionspsykiatrien udarbejder udskrivningsoplysninger til kommunen. Se 3.3.5.

Type 1b: Udskrivning af kendte med kompliceret funktionsnedsættelse og en foreløbig vurdering af evt. omfattende ændringer i støttebehov

F.eks. modtage: Omfattende bostøtte, botilbud mv.

Kommunal forberedelsestid:

Udskrivningsmøde:

Regionspsykiatrien indkalder så tidligt som muligt til udskrivningsmøde
Kommunen er indstillet på at møde op til dette møde senest 5 hverdage efter indkaldelsen

Planlagt udskrivning:

Mindst 10 hverdage efter udskrivningsmødet

Henvendelsessted:

Kontakt det kommunale socialpsykiatriske tilbud, som borgeren er visiteret til.
Det er tilbuddets ansvar at bringe sagen videre til relevant afdeling/sagsbehandler, visitator

eller konsulent, hvis det vurderes, at der er behov for omfattende ændringer, f.eks. revisitation, tilførelse af ekstra ressourcer mm.

Kommunikationsform:

Regionspsykiatrien udarbejder udskrivningsoplysninger til kommunen. Se afsnit 3.3.5.

Type 2: Patienter, som er ukendt af kommunen

Definition: Patienter, der aktuelt ikke modtager nogen kommunal indsats.

Type 2.a: Udskrivning af ukendte, hvor det vurderes, at der vil være behov for mindre kommunal støtte

Kommunal forberedelsestid:

Regionspsykiatrien orienterer kommunen så hurtigt som muligt med henblik på eventuel iværksættelse af indsats.

Henvendelsessted:

Kommunens myndighedsafdeling. Se afsnit 1.2.

Kommunikationsform:

Regionspsykiatrien udarbejder udskrivningsoplysninger til kommunen. Se afsnit 3.3.5.

Type 2b. Udskrivning af ukendte, hvor det vurderes, at der vil være behov for omfattende kommunal støtte

F.eks. modtage: Omfattende bostøtte, botilbud mv.

Kommunal forberedelsestid:

Udskrivningsmøde:

Regionspsykiatrien indkalder så tidligt som muligt kommunens myndighedsafdeling til udskrivningsmøde

Kommunen er indstillet på at møde op til dette møde senest 5 hverdage efter indkaldelsen

Planlagt udskrivning:

Mindst 10 hverdage efter udskrivningsmødet

Henvendelsessted:

Kommunens myndighedsafdeling. Se afsnit 1.2.

Kommunikationsform:

Regionspsykiatrien udarbejder udskrivningsoplysninger til kommunen. Se afsnit 3.3.5.

3.3.5. Information til kommunen vedr. udskrivning fra regionspsykiatrien

I forbindelse med udskrivning forpligter regionspsykiatrien sig til at levere følgende oplysninger til kommunen - for både kendte og ukendte, som efter aftale fremadrettet skal have kontakt til kommunen

[Link: eDok vedr. udskrivningsoplysninger](#)

Ang. retspsykiatriske patienter: Se afsnit 10.2

3.3.6. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner jf. lov om tvang i psykiatrien

- **Udskrivningsaftale:** For alle patienter, der antages ikke at kunne eller ville søge den behandling og de sociale tilbud, der er nødvendige for deres helbred, skal der i forbindelse med udskrivningen udarbejdes en udskrivningsaftale
- **Koordinationsplan:** Hvis patienten ikke ønsker at medvirke, udarbejdes der en koordinationsplan

Formålet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er at bidrage til at fastholde patienter i behandlingsforløb efter udskrivningen. Udskrivningsaftale eller koordinationsplanen udarbejdet på et udskrivnings- eller fremtidsmøde.

Faste deltagere i mødet kan være:

- Kommunal sagsbehandler
- Nuværende og fremtidig behandlingsansvarlig
- Patienten

Desuden inviteres ad hoc øvrige relevante parter fra kommune (koordineret af den kommunale sagsbehandler):

- Pårørende
- Kontaktpersoner i de sociale tilbud
- Egen læge. Det er vigtigt at være opmærksom på, hvordan egen læge hensigtsmæssig kan inddrages

Målet med det fælles udskrivningsmøde er, at hver især er bekendt med og har accepteret deres rolle som aktionstager.

Udskrivningsaftalen skal indeholde:

- Patientens navn og cpr-nr.
- Dato for indlæggelse og udskrivning
- Dato for etablering og udløb af aftalen/planen
- Navn på behandlingsansvarlig overlæge
- Begrundelse for og formål med aftalen/planen
- Beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud
- Fordeling af opgaver og ansvar mellem de involverede parter
- Angivelse af tidspunkt for første aftale/møde med patienten efter udskrivningen
- Tidspunkt for revurdering af aftalen/planen (udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er tidsbegrænsede)
- Hvem, der er ansvarlig for revurdering af aftalen/planen
- Hvem, der har ansvar for opfølgning, således at patienten får de relevante tilbud
- Hvem, der har ansvar for at reagere, hvis aftalen/planen ikke overholdes

Det udskrivende sengeafsnit udarbejder referat indeholdende behandlingsplanen og udskrivningsaftalen/koordinationsaftale, der udsendes til alle mødedeltagere.

Se nærmere retningslinjer for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner:

Link: <http://e-dok.rm.dk/e->

[dok/e_7016FA.NSF/UNIDInformationsdokumenter/477A9777A00E1602C125764700375BB9?OpenDocument](http://e-dok/e_7016FA.NSF/UNIDInformationsdokumenter/477A9777A00E1602C125764700375BB9?OpenDocument)

3.3.7. Særlige ydelser ved udskrivning

Medicin ved udskrivningen

Fra regionspsykiatrien medgives patienten:

- Skriftlig medicinliste indeholdende den aktuelle medicin
- Recept (eller evt. indtelefonering til apotek)
- Medicin til apotekets første åbningsdag kl. 12, men tilpasset individuelle behov
- Senest ved udskrivning foretager regionspsykiatrien en medicinafstemning med patientens egen læge
- Hvis hjemmeplejen skal medvirke ved medicinadministration, skal Regionspsykiatrien huske at give hjemmesygeplejen besked
- Patienter med dosisdispensering: Lokale aftaler findes på: [Link: Den enkelte hospitalsenheds e-Dok og som bilag i de lokale sundhedsaftaler](#)
- Ikke-indlagte patienter med nydiagnosticeret skizofreni kan de første to år af deres sygdomsforløb få antipsykotisk medicin vederlagsfrit. [Link: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_650712.NSF/SoegeView/601621CD6DB27888C125748B005B2730](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_650712.NSF/SoegeView/601621CD6DB27888C125748B005B2730)

Lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivningen

Se sundhedsaftale om træningsområdet i kapitel 4 i lommehåndbogen for samarbejde på det somatiske område.

Behandlingsredskaber og hjælpemidler ved udskrivning

Se sundhedsaftale om behandlingsredskaber og hjælpemidler i kapitel 5 i lommehåndbogen for samarbejde på det somatiske område.

3.3.8. Sundhedsfaglig beskrivelse af en "færdigbehandlet" psykiatrisk patient.

I det regionale sundhedssamarbejde i Region Midtjylland anvendes den administrative definition ved registrering af både en somatisk og psykiatrisk færdigbehandlet patient:

"Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten²⁰".

Følgende sundhedsfaglige beskrivelse af en færdigbehandlet psykiatrisk patient uddyber de faglige overvejelser og opgaver, som ligger bag ved Sundhedsstyrelsens definition og beskriver, hvordan den praktiseres:

1. Ud fra en lægelig helhedsvurdering er den psykiatriske patient færdigbehandlet i stationært regi, når patientens behov for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, træning, sundhedsfaglig pleje og forebyggelse og sundhedsfremme²¹ er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.

Det vil sige,

- At der ikke mere er behov for den specialiserede indsats, som kræver specialkundskab og/eller specialudstyr, som kun findes på et hospital eller den fortsatte almene og specialiserede behandling² bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv²²
- At patienten ikke længere opfylder krav om frihedsberøvelse i henhold til lov om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien²³
- At indlæggelsen ikke er betinget af en retslig foranstaltning²⁴

²⁰ Sundhedsstyrelsen. Registreringsvejledning. Registrering af færdigbehandlet patienter. Revideret dec. 2009.

²¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven nr. 546 af 24. juni 2005. § 5 beskriver, hvad behandling omfatter i sundhedsloven.

²² Sundhedsstyrelsen. ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbreds-tilstand. Verdensorganisationen WHO. Munksgaard Danmark. 2003.

²³ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1111 af 01.11. 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien. Kapitel 3 om frihedsberøvelse §§ 5-11.

²⁴ Justitsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1034 af 29.10. 2009. §§ 16 og 68.

2. Ved udskrivelsen forventes, at patientinformation, som vurderes aktuel for den enkelte patient, er givet om helbredstilstand og behandlingsmuligheder²⁵. Der informeres også om andre lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder og konsekvenser af ingen behandling, risikoen for komplikationer og bivirkninger, relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder⁵ samt mulig hjælp efter den sociale lovgivning²⁶.
3. Desuden forventes, at der foreligger patientinformationer til kommunen fra regionspsykiatrien og evt. genoptræningsplan, hvis der behov herfor. Udveksling af information mellem hospital og kommune vil almindeligvis forudsætte patientens skriftlige accept.

Dette gælder ikke:

- Udskrivningsaftaler, som udfærdiges for de patienter, der ikke forventes at søge den behandling eller de sociale tilbud, som er nødvendige for patientens helbred
 - Koordinationsplaner, som udfærdiges for de patienter, der ikke vil indgå en udskrivningsaftale²⁷
 - Epikrise udarbejdes jf. hospitalernes servicemål
4. Udskrivelsestidspunkt er aftalt med kommunen, hvor disse skal inddrages jf. sundhedsaftale og kommunale forberedelsestider²⁸ således, patienten er klar til udskrivning på registreringsdatoen for færdigbehandlet.

Det betyder,

- At registreringstidspunktet for færdigbehandlet ikke kan rykke i forhold til kommunal forberedelsestid, og patienter ikke kan blive på hospitalet, hvis de kan modtages tidligere til de kommunale indsatser end forberedelsestiden foreskriver
- At sundhedspersonalet på hospitalerne i deres planlægningsarbejde af udskrivning af den enkelte patient i størst muligt omfang søger at sikre sammenfald mellem den faktiske udskrivningsdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet
- At der sker fornyet henvendelse til kommunen, hvis færdigbehandling sker tidligere end aftalt

Link: På [www. praksis.dk](http://www.praksis.dk) og Region Midtjyllands hjemmeside og e-Dok kan interesserede medarbejdere få oplysninger om baggrund, faglige overvejelser og begrundelser for den sundhedsfaglige beskrivelse af en færdigbehandlet patient.

4. Sundhedsaftale vedr. patienter med misbrug og psykisk sygdom (dobbeltdiagnose)

Målgruppen

Patienter, som både har en behandlingskrævende psykisk sygdom af en vis sværhedsgrad og et behandlingskrævende misbrugsproblem (dobbeltdiagnosepatienter).

Der gælder et delt behandlingsansvar

- Regionspsykiatrien har ansvaret for den psykiatriske behandlingsindsats, mens
- Kommunerne har ansvaret for behandling af alkoholmisbrug og den lægelige behandling for stofmisbrug

²⁵ Sundhedslovens § 16 om patienters retsstilling.

²⁶ Lov nr. 573 af 24. juni 2005 om social service.

²⁷ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1111 af 01.11. 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien. Kapitel 4a opfølgning efter udskrivning §§ 13a-c.

²⁸ Sundhedsaftalen vedr. udskrivelse af personer med psykiatriske lidelser inden for voksenområdet i Region Midtjylland.

Princip for organisering af indsatsen

Etablering af lokale fællesteams vedrørende dobbeltdiagnosepatienter

Der etableres mindst et fællesteam for hvert af voksenpsykiatriens hovedfunktioner. I Århus Kommune baseres fællesteamet på det eksisterende samarbejde etableret omkring Team for Misbrugspsykiatri. Alle dobbeltdiagnosepatienter visiteres til det lokale fællesteam.

Fællesteamets opgave

- At lægge en fælles koordinerende handleplan for henviste dobbeltdiagnosepatienter, som omfatter behandling for både den psykiske sygdom og misbruget og tager hånd om patientens sociale situation i øvrigt

Den videre udredning og behandling samt socialindsats varetages af de respektive lokale behandlingenheder og sociale tilbud.

Fællesteamet sammensætning

Mindst 3 medlemmer:

- én fra behandlingspsykiatrien,
- én fra hver kommunes misbrugsbehandling og
- én fra hver kommunes myndighedsfunktion på socialområdet

Teamet udvides ad hoc med repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Retspsykiatrien, Kriminalforsorgen og Regionspsykiatrien.

Teamet skal have adgang til lægefaglig bistand i et omfang, der aftales nærmere lokalt.

I klyngerne udarbejdes uddybende lokale procedurer mm. for fællesteamets sammensætning og funktion samt henvisningsprocedure.

I klyngerne udarbejdes en samlet beskrivelse af de behandlingsmæssige og sociale tilbud, der henvender sig til unge og voksne med psykisk sygdom, der også har et misbrug, samt i børne- og ungdomspsykiatrien.

5. Sundhedsaftale vedr. børn af forældre med psykisk sygdom

Fælles målsætning

Børn, der vokser op i en familie, hvor en forælder/andet familiemedlem er ramt af en psykisk sygdom, skal sikres en barndom med omsorg, social kontakt og udviklingsmuligheder.

Aktører, som denne aftale henvender sig til

Medarbejdere i kommunen og regionspsykiatrien og den praktiserende læge, som er i kontakt med den voksne med en psykisk sygdom.

Aftalen gælder for samarbejdet både omkring ambulante og stationære forløb.

For medarbejdere i regionspsykiatrien

Alle patienter med børn

Registrering:

Ved 1. kontakt til behandlingspsykiatrien sker der altid en registrering i journalen af:

- Om patienten har børn, hvis ja:
- Hvem, der har forældremyndigheden
- Hvor børnene befinder sig
- Hvem, der tager hånd om børnene

Forældre - og familiesamtaler:

- Den syge forældre tilbydes - sammen med evt. partner - samtale vedr. børnenes forhold og aktuelle situation og behov for hjælp. Dette gælder også for vordende forældre
- Familien tilbydes mindst én familiesamtale med deltagelse af børnene

Hensigten med samtalerne er:

- At formidle viden om sygdom mv.
- At sætte fokus på børnenes vilkår og perspektiv
- At sætte fokus på forældrenes rolle og perspektiv
- At afdække familiens netværk
- At afdække familiens behov for hjælp
- At orientere om børnegrupper og muligheder for rådgivning i kommunen (se oversigt senere)

Forældrene skal have tilbud om/hjælp til at relevante oplysninger bliver formidlet til samarbejdspartnere og børnenes professionelle netværk.

Hvis den pågældende forældre er indlagt:

Børnene skal føle sig velkomne i afsnittet, og de skal have mulighed for at tale med personalet. Personalet følger op på begivenheder, som vurderes at kunne give anledning til bekymring og angst hos barnet.

For alle medarbejdere i regionspsykiatrien, den praktiserende læge og alle medarbejdere i kommunen, som er i kontakt med den voksne med en psykisk sygdom

Den enkelte medarbejder kan til enhver tid kontakte kommunen med henblik på at få råd og vejledning om kommunens tilbud med henblik på så tidlig indsats som muligt. [Link: Kontaktliste](#)

Hvis barnet/børnene har særlige behov

Når man på baggrund af forældre- og familiesamtalerne i regionspsykiatrien eller, når man via den almindelige kontakt med den voksne vurderer, at der er behov for særlig opmærksomhed omkring børnene, skal familien have støtte til/tilbud om:

- Etablering af kontakt til relevante medarbejdere i kommunen
- Kontakt til det private netværk
- Afholdelse af netværksmøder
- Henvisning til rådgivning i kommunerne

Hvis barnet/børnene har behov for særlig støtte:

Hvis medarbejderne/den praktiserende læge får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn har behov for særlig støtte, skal kommunen kontaktes enten telefonisk eller skriftligt. Forældrene informeres.

Underretning:

Hvis en professionel får kendskab til et barn eller en ung, der kunne have behov for hjælp fra de sociale myndigheder, skal der laves en underretning.

En underretning er en anmodning til kommunen om at vurdere et barns/en families behov for støtte. En underretning er samtidig en sikring af, at kommunen så tidligt som muligt får kendskab til et barns/en families problemer. Underretningen skal sikre, at barnet eller den unge får tilbudt hjælp og støtte, som ligger ud over, hvad der kan klares inden for det sundhedsfaglige arbejdsområde. Underretningspligten gælder også i forhold til vordende forældre med problemer.

- Som hovedregel orienteres den eller de forældre, der har del i forældremyndigheden over barnet eller den unge, om at der sendes en underretning til de sociale myndigheder
- Forældrene bør gives mulighed for at kommentere underretningen, og de bør orienteres om, at deres kommentarer vedlægges underretningen
- Offentligt ansatte har en skærpet underretningspligt
- Kommunen har pligt til at bekræfte modtagelsen af underretningen
- Underretningspligten tilsidesætter tavshedspligten

Kontakten skal ske til: [Link: Oversigt over kontakter i kommunen](#)

Koordineret tværsektoriel indsats:

Det tværfaglige/-sektorielle samarbejde omkring disse familier skal koordineres.

- Den kommunale sagsbehandler er tovholder og ansvarlig for at koordinere indsatsen i sager, hvor der er flere involverede samarbejdsparter.
- Regionspsykiatriens medarbejdere deltager i netværksmøder og konferencer vedr. familien.

Kommunens ansvar og opgaver

Alle børn med forældre med psykisk sygdom

Støtte i dagligdagen:

De professionelle - sundhedsplejersker, daginstitutions-personale, skolelærere og SFO-medarbejdere mv. i børnenes hverdag skal

- Have viden om, hvordan det påvirker børn, hvis deres forældre/familie er ramt af en psykisk sygdom
- Yde relevant støtte til disse børn og deres forældre

Rådgivning:

- Alle kommuner tilbyder i henhold til SEL § 11 rådgivning til forældre med børn og unge eller andre, der faktisk sørger for et barn eller en ung
- Rådgivningen er familieorienteret og til løsning af vanskeligheder i familien
- Rådgivningen er et åbent, anonymt og gratis tilbud

[Link: Kommunens kontakliste.](#)

Andre tilbud:

Mange kommuner har en række tilbud til børn af forældre med psykisk sygdom/udsatte børn:

- Børnegrupper
- Nøglepersoner ift. børn af forældre med psykisk sygdom

[Link: Kommunens kontakliste.](#)

Børn med særlige behov

Børnefaglig rådgivning og vejledning:

Kommunen har oprettet tværfaglige teams (socialrådgiver, sundhedsplejerske, PPR, familierådgiver og tværfaglig konsulent m.fl.) med henblik på at yde opsøgende, forebyggende og koordinerende indsats i forhold til børn med vanskeligheder.

Sager kan drøftes anonymt og kræver ikke forældrenes accept. **Ovenstående to afsnit revideres, når Barnets Reform er vedtaget, så teksten tilpasses den nye lovgivning.**

Børn med behov for særlig støtte

På baggrund af en mundtlig/skriftlig henvendelse eller underretning fra regionspsykiatrien eller egen læge foretager kommunen en vurdering af, hvad der er brug for med henblik på at imødekomme barnets/familiens behov. Støtten gives i henhold til Lov om Folkeskolen eller Lov om Social Service (f.eks. vurdering ved Pædagogisk Psykologisk Rådgivning).

På baggrund af Lov om Social Service § 50-undersøgelsen er mulighederne:

- Konsulentbistand
- Praktisk pædagogisk støtte
- Personlig rådgiver
- Fast kontaktperson
- Behandling – barn eller familie
- Aflastning
- Døgnophold
- Anbringelse

Tværfaglig gruppe:

For at tilgodese børn og unge med behov for særlig støtte, skal kommunen oprette en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at støtten ydes tidligt og sammenhængende, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægelig, social, pædagogisk, psykologisk og anden sagkundskab.

Koordineret indsats:

Det tværfaglige/-sektorielle samarbejde omkring familierne skal koordineres. Den kommunale sagsbehandler er tovholder og ansvarlig for koordinering af indsatsen i sager med flere involverede samarbejdsparter.

Gensidig tværasektoriel/tværfaglig sparring

Regionspsykiatriens og kommunens medarbejdere har mulighed for at søge faglig rådgivning og vejledning hos hinanden om generelle eller konkrete sager. Hvis der ikke er givet samtykke kan en sag drøftes anonymt.

[Link:Kontaktliste.](#)

6. Sundhedsfremme og forebyggelse

Fælles med somatikken, se sundhedsaftalens afsnit for sundhedsfremme og forebyggelse.

7. Utilsigtede hændelser v. sektorovergange

Fælles med somatikken, se sundhedsaftalens afsnit for utilsigtede hændelser v. sektorovergange.

8. Træningsområdet

Fælles med somatikken, se sundhedsaftalens afsnit vedr. træningsområdet.

9. Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Fælles med somatikken, se lommeåndbogens afsnit vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler.

10. Samarbejde ift. regionsfunktioner/ højt specialiserede funktioner

(i lommeåndbogen vil der blive linket til denne aftale)

10.1. SUNDHEDSAFTALE VEDR. TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE

Den traumatiserede flygtning skal opleve et sammenhængende forløb på tværs af sektorgrænser.

Kommune, praktiserende læge og den regionale psykiatri samarbejder tæt i hele behandlingsforløbet for den traumatiserede flygtning. Der er et fælles ansvar! – Shared care. Den tværsektorielle indsats er særlig vigtig for de traumatiserede flygtninge fordi:

- De vil som regel have flere sygdomme samtidigt, herunder også somatiske f.eks. skader efter tortur, følgetilstande efter stress og livsstilssygdomme
- De har ofte ikke kendskab og tillid til sundhedsvæsen og socialvæsen
- Deres tilværelse er præget af mange belastninger i forhold til kulturelle og sproglige barrierer
- De er ofte isolerede og uden støttende netværk
- Der er erfaring for, at deres sociale, psykiske og fysiske ressourcer kan udvikles ved en koordineret multidisciplinær indsats på tværs af sektorer

Der er en tydelig henvisnings-visitationsprocedure til behandling i klinikkerne af traumatiserede flygtninge.

10.1.1. Patientgruppe

Aftalen omfatter patienter, som i et andet land har været udsat for en traumatisk hændelse i form af rædselsoplevelser under krig, borgerkrig og politisk forfølgelse, tortur og andre former for organiseret vold, som yderligere kan have medført tab af nærtstående personer, hus og hjem, hjemland m.m., som har ført til alvorlige psykiske, fysiske eller sociale problemer.

Desuden omfatter aftalen personer, som lever sammen med en primært traumatiseret person således, at relationen i sig selv truer personens psykiske, fysiske og sociale integritet.

Følgende forhold skal yderligere gøre sig gældende for, at en patient falder indenfor målgruppen:

- Personen er over 18 år
- Personen har status af flygtning eller familiesammenført til flygtning
- Personen har ICD-10 aktionsdiagnosen F32: "Depressiv enkeltepisode", F43.1: "Posttraumatisk belastningsreaktion", eller F62.0: "Personlighedsændringer efter katastrofeoplevelser"

Patienter, der har følgende karakteristika, tilhører ikke målgruppen:

- Har status af asylansøger
- Har anden aktionsdiagnose, som eksempelvis skizofreni, depression (fraset depressiv enkeltepisode af svær grad) eller misbrug
- Hvor der alene er behov for (motivation for) en monofaglig indsats
- Har udvist behandlingsresistens – herunder tidligere at have modtaget så omfattende behandlingstilbud, at yderligere behandling vurderes virkningsløs
- Har udpræget manglende motivation
- Har væsentlige hindringer af somatisk, psykisk eller social karakter

10.1.2. Opgaver og opgavefordeling

Den praktiserende læge

- Den praktiserende læge forpligtiger sig ved sin henvisning til at deltage i mindst et samarbejds møde indenfor 1½ til 2 mdr. med kommunen og de regionale tilbud til traumatiserede flygtninge. Den praktiserende læge har ansvaret for evt. somatisk udredning og behandling af patienten, Herunder evt. ordination af medicin
- Hvis henvisningen er ufuldstændig, fremsendes brev til praktiserende læge med henblik på yderligere oplysninger vedr. medicinering og tidligere udrednings- og behandlingsforløb

- Ved henvisning anvendes den fælles henvisningsvejledning fra Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Århus og Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro (herefter blot klinikkerne)
- Praktiserende læge sender, med patientens samtykke, besked til kommunen om, at patienten er henvist til en af klinikkerne. Samtykkeerklæringen skrives ind i henvisningsvejledningen

Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Århus og Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro

- Visitation af henviste flygtninge
- Udredning
- Personalet fra klinikkerne har ansvaret for i fællesskab med den praktiserende læge og de relevante kommunale repræsentanter at udarbejde en fællesplan med og for den enkelte patient. Denne fællesplan gennemgås ved samarbejds mødet (det første samarbejds møde, hvis der afholdes flere)
- I tiden fra visitation og til fællesplanen træder i kræft, skal klinikkerne være den praktiserende læge behjælpelig med svar på spørgsmål ang. den traumatiserede flygtning
- Klinikkerne indkalder til og afholder samarbejds møder (herunder referat) med relevante kommunale repræsentanter, praktiserende læge og patienten
- Klinikkerne udarbejder udkast til fællesplan og laver mødevarsling
- Samarbejds møderne afholdes der, hvor det er mest hensigtsmæssigt
- Behandling:
 - Det fælles koncept er et intensivt udrednings- og behandlingsforløb med en grundpakke, der afvikles over ca. 4 måneder med to sessioner ugentligt, men med mulighed for supplerende eller forlængelse efter en konkret klinisk vurdering

Behandlingen består af en grundpakke indeholdende 3 hovedelementer:

 - Psykologisk og fysioterapeutisk behandling og speciallægekonsulentbistand angående psykofarmakologisk behandling og psykiatrisk diagnosticering. Grundpakken kan i særlige tilfælde og ud fra en konkret faglig vurdering suppleres med ekstra behandlingsydelser
 - De 4 psykometriske tests HTQ-R, HoNOS, GAF og ICF anvendes. Klinikkerne kan efter samtykkeerklæring fra patienten sende relevante testresultater til de kommunale forvaltninger
- Konsulentbistand til kommune og praktiserende læge
 - Konsulentbistand til praktiserende læger ved speciallæge i psykiatri, som er knyttet til klinikkerne
- Konsulentbistand til kommune og praktiserende læge i den konkrete sag, herunder rådgivning og vejledning om PTSD og den enkelte patients sygdom, patientens ressourcer og begrænsninger (teamet yder ikke speciallægeerklæringer)

Kommunen

- Kommunen har til opgave at koordinere den sociale indsats omkring den traumatiserede flygtning

- Det er kommunens opgave at iværksætte/igangsætte tilbud af social karakter i henhold til relevant lovgivning
- Kommunernes kontakt til klinikkerne og de praktiserende læger vedr. traumatiserede flygtninge kan opdeles i 1) et generelt/principielt niveau og 2) et sagsbehandlerniveau

Ad.1: Det generelle niveau:

- På det generelle niveau behandles principielle spørgsmål i samarbejdet mellem kommune, klinikkerne og praktiserende læge
- Kommune, klinikker og praktiserende læge mødes minimum to gange årligt for at diskutere principielle spørgsmål. Efter behov kan der lokalt aftales yderlig mødeaktivitet
- Et fast punkt på møderne på det generelle niveau vil være ventelisterne på klinikkerne
- Kommunerne kan enten udpege en kontaktperson, som repræsenterer kommunen på det generelle niveau eller man kan vælge at nedsætte et kommunalt kontaktforum for traumatiserede flygtninge, som varetager kommunens interesse på det generelle niveau

Ad.2: Sagsbehandlerniveau:

- Kommunen har en eller flere tovholdere/myndighedsansvarspersoner til at varetage den løbende sagsbehandling
- Tovholderen/myndighedsansvarspersonen sikrer den kommunale koordinering med praktiserende læge og klinikkerne samt den interne koordination i kommunen i forbindelse med de konkrete sager
- Tovholderen/myndighedsansvarspersonen forpligter sig til at deltage i mindst et samarbejds møde med praktiserende læge og klinikkerne. Mødet bør være afholdt 1 ½ - 2 måneder efter den første behandlingskontakt med patienten

10.1.3. Kommunikation og samtykkeerklæring

Ved samarbejds møder er personalet fra klinikkerne mødeledere og skriver referat, indeholdende bl.a. fællesplan og aftaler om opgavefordeling i videre forløb. Dette sendes til alle involverede parter.

Ved ændring af aftaler, planer og andre forhold af relevans for patientens sundhed og trivsel, orienteres alle involverede samarbejdspartnere telefonisk, med sikker email eller pr. fax.

Samtykke

Samtykke om videregivelse af oplysninger mellem praktiserende læge og klinikkerne reguleres af Sundhedslovens § 41, stk.2. Klinikkerne kan videregive patientoplysninger til kommunen ved samtykke fra patienten.

10.1.4. Dokumentation

Klinikkerne dokumenterer aktiviteter og ydelser i EPJ.

Ved udskrivning sendes epikrise til henvisende læge og kommune efter gældende retningslinjer – herunder sikres samtykke fra patienten til at sende epikrise. Kommunen og den praktiserende læge kan rette henvendelse til klinikkerne for en uddybelse af epikrisen.

10.1.5. Evaluering af sundhedsaftalen vedr. traumatiserede flygtninge

Arbejdsgruppen til udarbejdelse af sundhedsaftale for traumatiserede flygtninge afholder et møde, et år efter, at aftalen er trådt i kraft. På mødet skal det drøftes, hvordan aftalen fungerer i praksis.

10.2. SUNDHEDSAFTALE VEDR. RETSPSYKIATRISKE PATIENTER

Sundhedsaftale vedrører patienter med en retslig foranstaltning (straffelovens § 16 eller § 69) mellem regionspsykiatrien, kommunerne, almenpraktiserende læger, politiet og

kriminalforsorgen i Region Midtjylland. Aftalen gælder for alle patienter med retslige foranstaltninger i Region Midtjylland.

Retspsykiatriske patienter er psykiatriske patienter, som er idømt en retslig foranstaltning. Effektueringen af dommen skal ske i et samarbejde mellem kriminalforsorgen, regionspsykiatrien og kommunen på baggrund af de konkrete vilkår som er givet i dommen.

10.2.1. Indlæggelse

Hovedparten af de retspsykiatriske patienter bliver indlagt i en hovedfunktion. De almindelige sundhedsaftaler omkring den gode indlæggelse gælder også for de retspsykiatriske patienter.

Indlæggelse på de specialiserede retspsykiatriske sengeafsnit sker efter en intern visitation i regionspsykiatrien.

Regionspsykiatriens opgaver

Særligt for de retspsykiatriske patienter gælder:

At sengeafsnittet underretter:

- Kommunen, ved behov
- Bistandsværge, hvis der er beskikket bistandsværge, skal denne altid underrettes
- Kriminalforsorgen, hvis der i dommen er vilkår om tilsyn fra Kriminalforsorgen
- Statsadvokaten, ved indlæggelse efter § 69'er med længstetid for ophold, jf. § 69a

Ved opstart af behandlingsforløb oprettes en retslig mappe, som skal følge patienten gennem hele behandlingsforløbet. I den retslige mappe samles løbende følgende oplysninger:

- Retligt grundlag for indlæggelse
- Retskendelse(r)
- Domsudskrifte(r)
- Restriktioner
- Korrespondance med statsadvokat/politi
- Mentalobservationserklæring(er) (må først vedlægges efter dommen)
- Farlighedsvurdering(er) (HCR-20, BVC, START)
- Udskrivningsaftale
- Signalement af patienten, evt. foto
- Kontaktliste
 - For unge under 18: forældremyndighed/værge og sagsbehandler
 - Politiet
 - Kriminalforsorgen
 - Bistandsværge
 - Pårørende personer, der skal kontaktes ved absentering
 - Statsadvokat

Kommunens opgaver

Hvis patienten er kendt af kommunen, og kommunen eventuelt medvirker ved indlæggelsen, orienterer kommunen hurtigst muligt og senest første hverdag sengeafsnittet om:

- Årsag og formål med indlæggelsen
- Forventninger til hvad, der bør ske i forbindelse med indlæggelse
- Kendte somatiske lidelser
- Aktuell medicinsk behandling
- Estimeret sikkerhedsbehov
- Særlige forhold, f.eks. religion, andet modersmål, retslige forhold, specialkost mv.
- Kontaktrelationer til pårørende
- Aktuell socialstøtte
- Kortfattet resume vedr. adfærd, herunder nuværende og tidligere misbrugsproblematikker

Ved første kontakt mellem kommunen og regionspsykiatrien aftales første samarbejds møde med kommunen.

10.2.2. Samarbejde under indlæggelse

Regionspsykiatriens opgaver

Den behandlingsansvarlige overlæge er ansvarlig for, at der udarbejdes en behandlingsplan. For unge under 18 informeres forældremyndighed/værge om behandlingsplanen. Med patientens samtykke bør pårørende i videst mulig grad informeres om behandlingsplanen. Behandlingsplanen bruges som et samarbejdsredskab mellem behandlere og patient, samt internt i det tværfaglige behandlerteam.

Behandlingsplanen er et dynamisk redskab og udvikler sig i takt med den aktuelle situation. Om behandlingsplaner: se endvidere retningslinje for behandlingsplaner i psykiatrien i e-dok.

Samarbejds møder

I forbindelse med et længerevarende og/eller komplekst indlæggelsesforløb på mere end 3 uger, aftales samarbejds møder efter behov.

Ved behov for samarbejds møde indkalder regionspsykiatrien både kommunen, kriminalforsorgen og andre relevante samarbejdspartner med henblik på koordinering og forberedelse af udskrivning. Kommunen har ansvaret for at sikre koordinering af den tværkommunale indsats. Alle involverede parter kan indkalde til samarbejds møder med et varsel på 5 hverdage.

Kommunens sagsbehandler orienterer regionspsykiatrien om den videre sagsgang, herunder hvornår en evt. visitationsafgørelse kan forventes.

Det er vigtigt, at kontakten mellem patient og evt. botilbud/kommunal kontaktperson opretholdes under indlæggelse. Regionspsykiatrien og socialpsykiatrien samarbejder om dette.

Ved overflytning fra et sengeafsnit til et andet orienterer sengeafsnittet kommunen, bistandsværge, kriminalforsorgen om overflytningen samt for surrogatfængslede også politiet.

10.2.3. Samarbejde ved udskrivning

For patienter med retslig foranstaltning udarbejdes altid udskrivningsaftale eller alternativt en koordinationsplan, hvis patienten ikke ønsker at medvirke.

Regionspsykiatriens opgaver

I forbindelse med udskrivning afholdes der altid udskrivningsmøde med henblik på udarbejdelse eller evt. revision af tidligere indgået udskrivningsaftale eller koordinationsplan med mindre andet er aftalt. Der indkaldes med et varsel på 5 hverdage.

Udskrivningsaftalen/koordinationsplanen skal indeholde: (Se retningslinjer for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i e-dok)

- Patientens navn og cpr-nr.
- Dato for indlæggelse og udskrivning
- Dato for etablering og udløb af aftalen/planen
- Navn på behandlingsansvarlig overlæge
- Begrundelse for og formål med aftalen/planen
- Beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud
- Fordeling af opgaver og ansvar mellem de involverede parter
- Angivelse af tidspunkt for første aftale/møde med patienten efter udskrivelsen

- Tidspunkt for revurdering af aftalen/planen (udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er tidsbegrænsede)
- Hvem, der er ansvarlig for revurdering af aftalen/planen
- Hvem, der har ansvar for opfølgning, således at patienten får de relevante tilbud
- Hvem, der har ansvar for at reagere, hvis aftalen/planen ikke overholdes, herunder hvis der er mistanke om medicinsvigt, nyt misbrug eller ny kriminalitet

Faste deltagere i mødet er: kommunal sagsbehandler, kriminalforsorgen, fremtidig behandlingsansvarlige overlæge, sengeafsnit og patienten.

Desuden inviteres ad hoc: relevante parter fra kommune (koordineret af den kommunale sagsbehandler), pårørende, kontaktpersoner i de socialtilbud, egen læge mv. Egen læge kontaktes telefonisk mhp. at afklare, om lægens deltagelse i det pågældende møde er relevant.

Målet med det fælles udskrivningsmøde er, at hver især er bekendt med og har accepteret deres rolle som aktionstager.

Det udskrivende sengeafsnit udarbejder referat indeholdende behandlingsplanen og udskrivningsaftalen/koordinationsaftale, der udsendes til alle mødedeltagere.

Hvis det ikke er muligt at effektuere dommen, må den behandlingsansvarlige overlæge, Kriminalforsorgen og evt. kommunen i samarbejde tage stilling til initiativer til ændring af dommen.

Medicin

Fra regionspsykiatrien medgives patienten:

- Skriftlig medicinliste indeholdende den aktuelle medicin
- Recept (eller indtelefonering til apotek)
- Medicin til apotekets første åbningsdag kl. 12

Se nærmere retningslinje for udskrivelse af og indhold i recepter i eDok [Link: xxx](#)

Patienten kan få antipsykotisk medicin vederlagsfrit, så længe dommen løber. Dette er regionspsykiatriens ansvar ved udskrivelsen, og ellers den behandlingsansvarlige læge for den ambulante behandling.

Se nærmere retningslinjer for udlevering af vederlagsfri medicin i e-dok: Medicinudlevering til ambulante.

Ved udskrivning orienterer regionspsykiatrien patientens egen læge om den aktuelle medicin (epikrise).

Se retningslinje for epikrise til almenpraktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger i psykiatri i e-dok: [Link: xxx](#)

10.2.4. Opstart af ambulante forløb

For ambulante patienter er det afdelings-/centerledelsens ansvar, at der udarbejdes en behandlingsplan eller sker en løbende revurdering af behandlingsplan. For ambulante patienter udarbejdes en behandlingsplan senest i forbindelse med den 2. ambulante kontakt/besøg.

Behandlingsplaner for ambulante patienter medtager og beskriver de relevante elementer fra behandlingsplaner for indlagte.

Den ambulante enhed afholder ved opstart af et behandlingsforløb et samarbejds møde med kommunen, bistandsværge, kriminalforsorgen og andre relevante parter. Kommunen og øvrige relevante parter skal inddrages hurtigst muligt, og senest indenfor en måned efter opstart af behandling. Formålet med mødet er at sikre koordination mellem behandlingsplanen og kommunens handleplan(er) og kriminalforsorgens handleplan, samt at der som minimum laves aftaler om:

- Fordeling af opgaver og ansvar mellem de involverede parter
- Hvem, der har ansvar for opfølgning, således at patienten får de relevante tilbud
- Hvem, der har ansvar for at reagere, hvis aftalen/planen ikke overholdes, herunder hvis der er mistanke om medicinsvigt, nyt misbrug eller ny kriminalitet

For retspsykiatriske patienter er der i særlig grad behov for at sikre sammenhæng og koordination ved overgang fra ung til voksen:

- internt i regionspsykiatrien
- internt i kommunen
- i det tværsektorielle samarbejde

Målet med koordinationsmødet er at sikre, at hver især er bekendt med og har accepteret deres rolle som aktionstager.

Om behandlingsplaner: se endvidere retningslinje for behandlingsplaner i psykiatrien i e-dok.

10.2.5. Samarbejde om ambulante forløb

Behandlingsplanen bruges som et samarbejdsredskab mellem behandlere og patient samt internt i det tværfaglige behandlerteam.

Behandlingsplanen er et dynamisk redskab og udvikler sig i takt med den aktuelle situation. Den behandlingsansvarlige overlæge sikrer, at der mindst én gang om året efter dommens ikrafttrædelse indkaldes til et koordinerende møde mellem de involverede parter. På mødet revideres eventuel udskrivningsaftale, ligesom der sikres koordination mellem behandlingsplanen, kommunens handleplan(er) og kriminalforsorgens handleplan.

Ved overflytning fra et ambulante tilbud til et andet ambulante tilbud orienterer regionspsykiatrien kommunen, bistandsværge, kriminalforsorgen om overflytningen. Det vurderes, om der er et behov for et samarbejds møde f.eks. i de tilfælde, hvor skiftet betyder nye samarbejdspartnere.

De retspsykiatriske opsøgende ambulante teams med tilknytning til de specialiserede retspsykiatriske funktioner i Risskov og Viborg tilbyder rådgivning og vejledning til de kommunale medarbejdere, der har den daglige kontakt med de retspsykiatriske patienter.

10.2.6. Afslutning af det ambulante forløb

Patienterne udskrives kun fra regionspsykiatrien i de tilfælde, hvor dommen udløber eller ophæves.

Patienterne afsluttes efter de gældende aftaler i *den almindelige sundhedsaftale*.

10.3. PATIENTER MED OLIGOFRENI

(Aftalen vil sandsynligvis være klar efteråret 2010)

10.4. PATIENTER MED DEMENS

(Aftalen vil sandsynligvis være klar efteråret 2010)

10.5. SPISEFORSTYRRELSER

Patienter med spiseforstyrrelser fra hele regionen indlægges på Center for Spiseforstyrrelser i Risskov.

Se i øvrigt afsnittene vedr. indlæggelse og udskrivning.

Vedrørende både børn, unge og voksne gælder, at det kun er i tilfælde med en svær spiseforstyrrelse (anoreksi), at indlæggelse kan finde sted.

8. Aftale om opfølgning på rapportering om utilsigtede hændelser

1. Indledning

I anden generation af sundhedsaftalen for Region Midtjylland indgår en aftale om utilsigtede hændelser. Kommunerne, det præhospitale område, apoteksansatte og praksisområdet er som noget nyt forpligtigede til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

2. Målsætning

Denne aftale retter sig mod de utilsigtede hændelser, som opleves i overgange mellem sektorer f.eks. mellem kommune, hospital og/eller praksis. Aftalen er indgået for at:

- Forbedre patientsikkerheden gennem en systematisk registrering, analyse, videndeling, opfølgning på samt læring af fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorovergange
- Bidrage til en styrkelse af regionens og kommunernes forebyggende initiativer til at forbedre patientsikkerheden

3. Definition på utilsigtet hændelse

Utilsigtede hændelser er hændelser, der

- Ikke skyldes patientens sygdom
- Er skadevoldende eller kunne have været det
- Forekommer i forbindelse med behandling/sundhedsfaglig virksomhed *eller*
- Forekommer i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler (primært med henblik på apotekerne)

4. Definition på utilsigtet hændelse i sektorovergang

I relation til sektorovergange arbejder Region Midtjylland og kommunerne med to typer af utilsigtede hændelser, der relaterer sig til sektorovergange:

- Den utilsigtede hændelse er opstået i **samarbejdet**, hvor begge sektorer/parter er involveret, og rapporteret af en af parterne. Hændelsen er af sådan en karakter, at den umiddelbart kan skabe læring og forbedring af patientsikkerheden i begge sektorer/parter
- Den utilsigtede hændelse er rapporteret af en af sektorerne/parterne, som er blevet opmærksom på **en utilsigtet hændelse begået af den anden sektor/part**. Hændelsen er af en sådan karakter, at den umiddelbart kun kan skabe læring og forbedring af patientsikkerheden hos denne part/sector

5. Procedurer for rapportering af en utilsigtet hændelse i en sektorovergang

Rapportering

- Hvis en sundhedsperson opdager en utilsigtet hændelse, skal den rapporteres til Sundhedsstyrelsen på www.dpsd.dk
- På hjemmesiden finder man præcis vejledning til, hvordan rapporten skal skrives

Gode råd ved udarbejdelse af rapporten:

- Man skal undgå at angive navne på personale i rapporten
- Det er nyttigt, hvis det tydeligt fremgår hvilke andre sektorer, der er involveret i hændelsen, så det er muligt at følge op på hændelsen i et samarbejde mellem de berørte institutioner
- Man bør angive stedet, hvor den utilsigtede hændelse fandt sted - også selvom man ikke selv er ansat det pågældende sted

Beskyttelse af den rapporterende

Personer, der rapporterer en utilsigtet hændelse kan *"ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene"* (Sundhedsloven §201).

Analyse

- Når en utilsigtet hændelse er rapporteret, vil risikomanageren/nøglepersonen i egen organisation sammen med repræsentanten fra den anden involverede sektor vurdere graden af alvorlighed
- Hvis hændelsen er "alvorlig" – dvs. at patienten/borgeren har fået varige mén eller er død - nedsættes en analysegruppe, hvor den rapporterende og personale, der har været tæt på hændelsen, kan blive bedt om at deltage i
- Er hændelsen "ikke alvorlig" udarbejdes handleplaner
- Formålet med analysen er at skabe læring, forebyggelse og konkret handling

Handling

Med afsæt i den enkelte hændelse iværksætter lederne i de relevante enheder tiltag på baggrund af de udarbejdede handleplaner.

Formidling og videnspredning

Tværasektorielt Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange

For at alle på tværs af sektorer deler den viden, der opstår i analysen af utilsigtede Hændelser i sektorovergange, er der etableret et *Tværasektorielt Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange*.

I netværket sidder risikomanagers/nøglepersoner fra:

- Kommunerne
- Hospitalerne (inkl. den koordinerende regionale risikomanager)
- Almen praksis og apotekerne
- Præhospitalet (ambulance)

Netværket mødes flere gange årligt og samler op på og drøfter de væsentlige hændelser, som er behandlet lokalt. Alle sager er anonymiserede. Mellem møderne er netværket i kontakt via mailrundsending.

Netværket kan vælge at sætte fokus på særlige udvalgte typer og mønstre af utilsigtede hændelser.

Klyngestyregrupper

Ledelserne i de enkelte klynger og mødefora behandler den årlige rapport og kan igangsætte lokale initiativer, hvis rapporten giver anledning til det.

Sundhedsstyregruppen

Netværket afreporterer til *Sundhedsstyregruppen*, der er sammensat af ledende repræsentanter fra kommunerne, regionen og de praktiserende læger.

Sundhedskoordinationsudvalget

Sundhedsstyregruppen giver rapporten videre til *Sundhedskoordinationsudvalget*, der er sammensat af politikere fra region, kommuner og almen praksis.

9. Aftale om kapacitetsændringer og opgaveoverdragelse mellem sektorer

Under udarbejdelse

10. Aftale om Økonomi/opfølgning

Der er ikke et sundhedsfagligt bilag hertil