

# **Guide for hjemmepleje- sygehusstandarder**

**Indlæggelsesrapport - XDIS16**

**Plejeforløbsplan - XDIS21**

**Melding om færdigbehandling - XDIS19**

**–**

**Udskrivningsrapport - XDIS18 –**

**2. udkast november 2010 - arbejdsversion**

## Indholdsfortegnelse:

Sådan læser du guiden .....	4
Forord .....	5
Koordinering til 2. generation af sundhedsaftaler .....	5
Hvad er de nye MedCom sygehus standarder? .....	6
Formål for brug af MedComs hjemmepleje-sygehus standarder .....	7
Teknisk formål .....	7
Historien bag MedComs kommunikationsstandarder .....	7
MedCom HTML-visning .....	8
Funktionsevne .....	9
Funktionsevne .....	9
Funktionsevneskema .....	9
Fælles Sprog .....	9
Brug af gradienter .....	10
Kommunernes brug af funktionsevne .....	10
Vejledende anbefalinger .....	11
Bemærkninger til funktionsevne .....	11
Bemærkninger til medicin .....	11
Bemærkninger om hjemmepleje-sygehus standarderne .....	11
Indlæggelsesrapporten .....	13
Anvendelsen af elektronisk indlæggelsesrapport .....	13
Formål for indlæggelsesrapporten .....	13
Bemærkninger til indlæggelsesrapporten .....	13
Sådan udfylder du indlæggelsesrapporten .....	14
Trin-for-trin-guide Indlæggelsesrapport .....	14
Plejeforløbsplanen .....	17
Anvendelsen af plejeforløbsplan .....	17
Formål for plejeforløbsplan .....	17
Bemærkninger til plejeforløbsplan .....	17
Sådan udfylder du Plejeforløbsplanen .....	17
Trin-for-trin-guide plejeforløbsplan .....	18
Melding om Færdigbehandling .....	20
Sådan udfylder du Melding om færdigbehandling .....	20
Trin-for-trin-guide melding om færdigbehandling .....	20
Udskrivelsesrapporten .....	21
Anvendelsen af udskrivningsrapport .....	21
Formål med udskrivelsesrapporten .....	21
Bemærkninger til udskrivningsrapporten .....	21
Sådan udfylder du Udskrivelsesrapporten .....	22
Trin-for-trin-guide udskrivelsesrapport .....	22
Ordliste til guiden .....	24
Bilag: Forsendelsesoversigt .....	24
Bilag: .....	24
Bilag: Bekendtgørelsen bag/sundhedsaftaler .....	24
MedComs arbejdsgrupper .....	24

UDKAST - pilot

## Sådan læser du guiden

### Sådan læser du guiden

Guiden er forsynet med symboler, så du som læser lettere kan finde de informationer, som er relevante for dig.



Blevt for sundhedsfagligt personale, som anvender genoptræningsplaner i praksis.



Blevt for IT- og administrativt personale.



Interesseundersøgelser/  
Baggrundsinformation.



Relevans for alle mulige brugere.

Skrives af grafiker og Arkitekt

## Forord

MedCom har i 2009 i samarbejde med en national sygehus-hjemmepleje arbejdsgruppe foretaget en opdatering af de kommunikationsstandarder, som kan bruges til elektronisk kommunikation mellem hjemmepleje og sygehus i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse.

### ***Koordinering til 2. generation af sundhedsaftaler***

Første generation af sundhedsaftalerne har vist, at der er stort behov for at optimere den tværsektorielle kommunikation for at sikre det sammenhængende patientforløb. Flere regioner og kommuner har i samarbejde besluttet at anvende elektronisk udveksling af sundhedsfaglige data i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Opdatering er foretaget for at sikre, at standarderne kan anvendes som understøttelse af 2. generations sundhedsaftaler herunder sundhedslovens §§ 57-142

Derved sikres det, dels at vigtige oplysninger ikke går tabt i overgangen imellem primær og sekundær sundhedssektor, men også at det bliver mere håndterbart at overholde de indgåede sundhedsaftaler f.eks. bliver det nemmere for kommunerne at holde styr på de færdigbehandlede borgere på sygehusene.

Beslutning om implementering af MedComs hjemmepleje-sygehusstandarder bør indgå som en del af en fælles kommunikationsstrategi for implementering af sundhedsaftaler lokalt.

Fra nationalt side har både Kommunernes Landsforening (KL) i og Regionernes Sundheds-IT Organisation (RSI) fokus på at IT-redskaber og IT-kommunikation skal understøtte sammenhængende patientforløb. I KLs "Den Fælleskommunale Digitaliseringsstrategi - 2010 – 2015" er udbredelse af MedComs standarder et indsatsområde. RSI arbejder med 8 pejlemærker i "Pejlemærker for Sundheds-IT 2010", det ene pejlemærke er at MedComs standarder skal være fuldt udbredt i regionernes sygehuse inden udgangen af 2012.

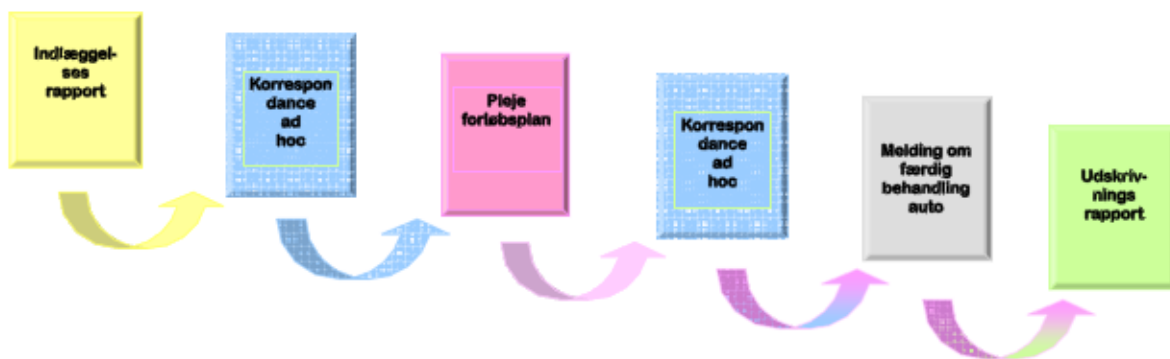
## Hvad er de nye MedCom sygehus standarder?

Dette afsnit skal præsentere MedCom standarderne overskueligt, kort og præcist og gerne med illustration

- nedenst er bare et eksempel

1. **Indlæggelsesrapporten** er en kort beskrivelse af borgerens helbredstilstand inden indlæggelsen. Den første rapport fra kommunen sendes automatisk på baggrund af indlæggelsesadvis fra sygehuset, men da den ikke kan indeholde alle relevante oplysninger, kan der være behov for efterfølgende at sende en mere opdateret version med yderligere relevante oplysninger, som fx funktionsevnevurdering.
2. **Plejeforløbsplanen** bør opstartes så tidligt som muligt af plejepersonalet på sygehuset, idet forløbsplanen har til formål at oplyse borgerens hjem kommune om der er sket ændringer i borgerens/patientens funktionsevne/plejebestand inden hjemsendelsen. Forløbsplejeplanen kan tillige fungere som varslingsredskab.
3. **Melding om færdigbehandling** er en administrativ service meddelelse, som sikrer, at patientens hjemkommune får besked om, at en af deres borgere er registreret færdigbehandlet på sygehuset. Den elektroniske færdigmelding bevirker, at kommunerne kan få et overblik over hvilke borgere som er meldt færdigbehandlet og dermed klar til hjemtagelse.
4. **Udskrivningsrapporten** indeholder relevante sundhedsfaglige oplysninger vedrørende patientens indlæggelse herunder evt. ændringer i medicin og funktionsevne.

### Understøttelse af sundhedsaftaler omkring indlæggelse og udskrivelse



**Fig 1:** De fire nye standarder til kommunikation mellem kommune og sygehus: Indlæggelsesrapport Plejeforløbsplan, Melding om færdigbehandling og Udskrivelsesrapport, suppleret med korrespondancemeddelelse undervejs i forløbet(blå).

## Formål for brug af MedComs hjemmepleje-sygehus standarder

- Hjemmepleje-sygehus kommunikationsstandarderne skal understøtte den kommunikation som er nødvendig mellem hjemmepleje og sygehus plejepersonale i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Rammen for hvilken information som skal udveksles vil ofte være beskrevet i den enkelte regions og kommunes sundheds- og samarbejdsaftaler.
- Understøttelse af en lettere struktureret beskrivelse af funktionsevne, da status for funktionsevne bidrager til den sundhedsfaglige medarbejders overblik over borgerens/patientens evne for egenomsorg. Samtidig skal brugen af den lettere strukturerede beskrivelse bidrage til en fælles dokumentations og forståelsesramme på tværs af sektorer.
- Brug af elektroniske kommunikationsstandarder skal bidrage til at lette den skriftlige dokumentation, bidrage til reducere antallet af telefonopkald, samt bidrage til at brug af fax til udveksling af personfølsomme oplysninger ophører.

## Teknisk formål

- Understøtte kommunikation af meddelelser som er baseret på xml standarder hos både afsender og modtager
- Sikre at vans leverandører og hjemmepleje-sygehusleverandører kan udveksle meddelelser via MedCom kuvertstandard "Den Gode VANSEnvelope"

## Historien bag MedComs kommunikationsstandarder

MedComs nye "XML hjemmepleje-sygehus standarder omfatter indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan, melding om færdigbehandling og udskrivningsrapport. Sammen med de automatiserede advis meddelelser indlæggelsesadvis, indlæggelsesvar og udskrivningsadvis, har de til formål at understøtte den kommunikation, som finder sted mellem hjemmepleje og hospitalspersonale i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse, når der er behov for udveksle data mellem hjemmeplejen og sygehus.

Regioner og kommuner indgår sundhedsaftaler og flere parter supplerer med lokale samarbejdsaftaler. MedCom har i samarbejde med en national sygehus-kommune arbejdsgruppe foretaget en opdatering af hjemmepleje-sygehus standarderne fra år 2002, således at de passer til kommunikationsbehovet, som bliver initieret af sundhedsaftalerne år 2011-2014.

I forbindelse med arbejdet i den nationale sygehus-kommune arbejdsgruppe, har der løbende været en diskussion om hvad kommunikationsstandard angående "forløb" på sygehuset skulle hedde. I flere regioner har man, arbejdet med begrebet varsling, mens man i en anden Region har arbejde med begrebet forløb. Sluttelig er man i arbejdsgruppen blevet enig om at standarden skal hedde plejeforløbsplan.

Standarderne udarbejdes i XML format, da hovedparten af leverandørerne inden for sygehus-hjemmepleje/kommune samarbejdet er velbefarende i XML teknologierne. De automatiserede advisemeddelelser: Indlæggelsesadvis, indlæggelsesvar og udskrivningsadvis findes i både XML og edifact format.

## MedCom HTML-visning

For at give en visualisering af hvilke data, som kan være i standarderne, har MedCom lavet en HTML-visning af dataindholdet i XML skemaet for alle fire standarder.

HTML-visningen kan også anvendes som testværktøj af udviklere og projektledere, når dette bliver relevant. Hjemmepleje-sygehus standarderne er lagt på MedComs konverter og valideringsværktøj.

Det skal pointeres, at MedComs HTML-visning er simpel og ikke har sammenhæng til den visning som leverandørerne udvikler i deres systemer. HTML-visning ligner en blanketpræsentation selvom standarderne IKKE er en blanket. MedComs HTML-visning er heller ikke en printer venlig version af standarderne.

Via nedenstående links kan en HTML-visning af alle standarderne ses:

**Indlæggelsesrapporten (XDIS16):** [http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS\\_16/eksempel-complete.xml](http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS_16/eksempel-complete.xml)

**Plejeforløbsplan(XDIS 21) (XDIS 21):** [http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS\\_21/eksempel-complete.xml](http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS_21/eksempel-complete.xml)

**Melding og færdigmelding (XDIS 19):** [http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS\\_19/eksempel-complete.xml](http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS_19/eksempel-complete.xml)

**Udskrivelsesrapport (XDIS18):** [http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS\\_18/eksempel-complete.xml](http://svn.medcom.dk/svn/drafts/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/XDIS_18/eksempel-complete.xml)

## Funktionsevne

Udveksling af oplysninger om funktionsevne på tværs af sektorer giver plejepersonalet et værdifuldt grundlag at tilrettelægge plejen af patienten på, således at funktionsevner kan bevares og potentielle udviklingsmuligheder understøttes. Funktionsevne indgår i alle standarder, med undtagelse af Melding om færdigbehandling. Funktionsevnen vil derfor afspejle det forløb, patienten gennemgår fra indlæggelse til udskrivelse. Kommunen kan på baggrund af opdateret funktionsevne fra sygehuset planlægge indsatsen i hjemmet. Se skema for funktionsevne nedenfor.

### Funktionsevneskema

Funktion	Score	Beskrivelse
<b>Personlig hygiejne</b>		
a. bade		
b. vaske sig		
<b>Af og påklædning</b>		
Toiletbesøg		
<b>Mobilitet inde</b>		
a. flytte sig		
b. færdes i egen bolig		
<b>Drikke</b>		
<b>Lave mad</b>		
<b>Sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter</b>		
<b>Forebygge forværring af sygdom/tab i funktionsevne</b>		

### Fælles Sprog

Skemaet til funktionsevne i standarderne tager udgangspunkt i Fælles Sprog II, som er udviklet efter principper i ICF, International Classification of Function. ICF er en WHO klassifikation til International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. ICF kan anvendes på tværs af fag og sektorer. Sundhedsstyrelsen har udgivet en vejledning til brug af ICF i dansk praksis.

Publikationen kan hentes her: <http://www.sst.dk/publ/publ2005/SESI/ICFvejil/ICFvejil.pdf>

På baggrund af erfaringer med Fælles Sprog som fælles forståelsesramme mellem flere sygehuse og kommuner, har national sygehus-kommune gruppe besluttet at tage udgangspunkt i Fælles Sprog II version 2 ved udveksling af data om funktionsevne mellem klinisk personale, som anvender MedComs hjemmepleje-sygehus standarder. Fælles Sprog II version 2 er en videreudvikling af Fælles Sprog II og har været afprøvet i pilottest i flere kommuner. Læs mere på KLS hjemmeside <http://www.kl.dk/Social-service/Artikler/63172/2009/09/Fremtiden-for-Falles-sprog/>

## Brug af gradienter

For hver aktivitet i funktionsevne skemaet vælges ét niveau fra listen for at angive funktionsevnen:

ikke vurderet	(9)
ingen/ubetydelige	(0)
lette	(1)
moderate	(2)
svære	(3)
totale	(4)

Nedenstående oversigt (fra Fælles Sprog II) viser hvordan de enkelte gradienter kan forstås. Det sker ved en vurdering af i hvilken grad patienten er den aktive, samt omfanget af brug for personassistance.

Funktionsniveauer (B1)				
0	1	2	3	4
Ingen/ ubetydelige begrænsninger	Lette begrænsninger	Moderate begrænsninger	Svære begrænsninger	Totale begrænsninger
Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten.	Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.	Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har brug for fuldstændig personassistance.

Fig. 2: Kilde: Fælles Sprog 2, side 24, KL, 1. udgave, juli 2004 Link:  
[http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id\\_39034/ImageVaultHar](http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39034/ImageVaultHar)

Forslag til bilag:  
beskrive, hvor omfattende  
forskellene er i forhold til  
henholdsvis fælles sprog 1, god  
sag og fælles sprog 2

## Kommunernes brug af funktionsevne

Mange kommuner anvender i dag funktionsvurdering i EOJ, som en del af visitators arbejdsop til fagligt dokumentationsgrundlag for myndighedsafgørelsen om hjemmehjælp og evt. også træning og pleje. Funktionsvurderingen i EOJ kan have forskellig opsætning alt efter udgangspunkt i Fælles Sprog I, II eller principper i fra God Sagsbehandling<sup>1</sup>. Hjemmepleje-sygehus standarderne betyder at kommunerne skal overveje

- Tilpasning af nuværende funktionsvurdering eller
- Udvikling af nyt skema til funktionsevne
- Sikring af opdatering af funktionsevne, herunder håndtering af brugerrettigheder

<sup>1</sup> Læs mere på Servicestyrelsens hjemmeside. Link til god sagsbehandling:

<http://www.servicestyrelsen.dk/site/udgivelser/aeldre/pjecer-om-aeldre/metode-til-god-sagsbehandling-pa-aeldreområdet?searchterm=god%20sagsbehandling>

## Vejledende anbefalinger

### **Bemærkninger til funktionsevne**

Det skal være tydeligt, når der er foretaget ændringer i funktionsevnen, angivet ved dato og enhed i kommune eller sygehus. For hver aktivitet skal kunne vælges ét niveau fra listen for at angive funktionsevnen. Anvendelse af tallene vil lette overblikket i brugergrænsefladen.

ikke vurderet	(9)
ingen/ubetydelige	(0)
lette	(1)
moderate	(2)
svære	(3)
totale	(4)

9 (ikke vurderet) skal være forvalgt som default. Det anbefales enten at anvende en dropdown box eller radio buttons til angivelse af funktionsevne.

### **Bemærkninger til medicin**

- Der er mulighed for at medsende medicinoplysninger, dette vil dog kun være relevant indtil det nationale fælles medicinkort (FMK) bliver tilgængeligt (formodentlig år 2011). Læs mere om FMK via Digital Sundhed [http://www.sdsd.dk/Det\\_goer\\_vi/Faelles\\_Medicinkort/Om\\_faelles\\_medicinkort.aspx](http://www.sdsd.dk/Det_goer_vi/Faelles_Medicinkort/Om_faelles_medicinkort.aspx)
- Medicindata skal kun oplyses, hvis borgeren har en ydelse på medicingivning og/eller medicinadministration
- Medicinoplysninger skal være grundige og bør derfor indeholde:
  - kur bør oplyses med seponeringsdato
  - det bør oplyses om medicinen er pn.
  - dispenseringsform, indgivelses måde/form og om efter skema bør oplyses
  - indikation og generisk stof bør oplyses
- Under feltet "Ansvar" kan det oplyses om kommunen har ansvar for medicinering – informationen kan udledes fra borgeres tildelte ydelser
- Cave oplyses i et lille fritekstfelt - data findes ofte registreret i EOJ-systemet
- Borgerens apotek - data findes ofte registreret i EOJ-systemet

### **Bemærkninger om hjemmepleje-sygehus standarderne**

- Der er stort sammenfald i dataindholdet for indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapporten. Det anbefales derfor i en implementering at ændringer i den ene automatisk vil slå igennem ved den anden.

- Det anbefales at udskrivningsrapporten påbegyndes ved indlæggelsen. Data til udskrivningsprocessen kan fødes fra indlæggelsesrapporten.
- Standarderne kan anvendes på psykiatriområdet – de er dækkende for indlæggelser generelt
- Standarden ”melding om færdigbehandling” er en delmængde af standarden ”plejeforløbsplan”

UDKAST - pilot

# Indlæggelsesrapporten

## *Anvendelsen af elektronisk indlæggelsesrapport*

**OBS her bør tilføjes noget omkring den automatisk generede indlæggelsesrapport-**

**Indlæggelsesrapporten** sendes fra kommunen, når en borger indlægges på et sygehus, da sygehuspersonalet har brug for en række sundhedsfaglige oplysninger fra kommunen for at kunne iværksætte den bedst mulige behandling af patienten og for at kvalificere dialogen mellem sygehus og kommune. Det drejer sig om oplysninger om hjemmeplejeydelser, hjælpemidler, medicin, funktionsevne, resumé af helbredstilstand, årsag til indlæggelse og stamdata. Indlæggelsesrapporten afsendes automatisk, når der modtages et indlæggelsesadvis i kommunens EOJ system på borgere, som modtager hjemmehjælpsydelse og/eller hjemmesygepleje. Indlæggelsesrapporten opdateres manuelt med oplysninger årsag til indlæggelse og oplysninger om aktuel helbredstilstand. Den manuelt opdaterede indlæggelsesrapport fremsendes til sygehuset efter indlæggelse af hjemmeplejeklient i overensstemmelse med de lokale aftaler (eksempelvis senest 24 timer efter indlæggelsen).

## *Formål for indlæggelsesrapporten*

- At give orientering om status ved indlæggelse ud fra de data som findes i kommunens EOJ-system
- At oplyse forhold i forbindelse med indlæggelsen
- At give sygehuspersonalet mulighed for at vurdere omfanget af de ydelser som borger fik før indlæggelse

## *Bemærkninger til indlæggelsesrapporten*

- Indlæggelsesrapporten skal kunne genereres og sendes automatisk, når hjemmeplejen modtager en indlæggelsesadvis fra sygehuset. Der skal være mulighed for efterfølgende at sende en manuelt opdateret version af indlæggelsesrapporten. Det skal være en valgmulighed om indlæggelsesrapporten sendes automatisk eller ej
- Indholdet i en automatisk genereret indlæggelsesrapport skal kunne vises lokalt i EOJ-systemet.
- Kontaktdata er de samme som anvendes i indlæggelsesvar ([Indlæggelsesadvis D2030C DIS20/NotificationOfAdmission XD2030C XDIS20](#)) <http://medcom.dk/wm110556> ). Det anbefales at indsætte kontaktinformationer, så hele døgnnet er dækket. Kontaktinformationerne skal ikke være på personniveau, men på afdelinger, vagtrum osv.
- Ydelser oplyses på samme måde som ydelsesoplysninger der indberettes til Danmarks statistik
- Afsendelse af automatisk genereret indlæggelsesrapport fordrer at data i EOJ i videst muligt omfang er valide og opdaterede.
- Såfremt sygehuset ikke modtager en indlæggelsesrapport på en indlagt patient, og det skønnes af sygehus personalet, at patienten ved senere udskrivelse vil have et behov for ydelser fra kommunen, skal sygehuset tilsende kommunen en besked om, at borger/patient skal oprettes i det kommunale omsorgssystem, så den videre kommunikation kan ske elektronisk.
- Der bør laves aftaler i mellem region og kommuner om tidshorizonten for afsendelse af indlæggelsesrapporten såfremt den ikke sendes automatiseret. Samt hvornår en evt. opdateret version skal afsendes til sygehuset.

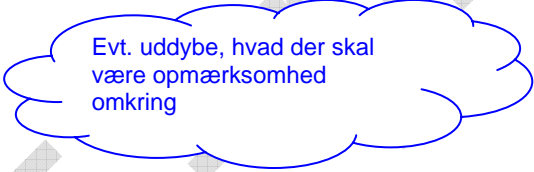
## Sådan udfylder du indlæggelsesrapporten

### Trin-for-trin-guide Indlæggelsesrapport

Indlæggelsesrapporten vil have forskelligt udseende alt efter hvilket EOJ system den afsendes fra. Mange felter i indlæggelsesrapporten vil være udfyldt automatisk ved at eksisterende data i EOJ systemet er overført til indlæggelsesrapporten. Der kan også være felter i det viste eksempel som ikke er synlige for brugeren. Felter som skal medsendes i indlæggelsesrapporten som skal medsendes er markeres med M.

De felter, du skal være særlig opmærksom på i indlæggelsesrapporten er:

- Pårørende og information af pårørende om indlæggelsen
- Årsag til indlæggelsen
- Medicindata
- Aktuell helbredssituation
- Funktionsevne



Evt. uddybe, hvad der skal være opmærksomhed omkring

**1. Afsender** Information om afsender enhed i kommunen

**2. Modtager** Angiv modtager sygehus afdeling hvorfra indlæggelsesadvis er modtaget

**3. Personoplysninger** Patientens cpr. nr. og navn

**4. Telefonnummer** Patientens telefonnummer.

**5. Adresse** Patientens adresse. OBS overførsel af data hvis patienten indlægges fra anden adresse i kommune, ex. Aflastningsenhed

**6. Egen læge** Navn og telefonnummer på patientens læge

**7. Pårørende** Navn og kontaktoplysninger på pårørende (op til 5 pårørende kan medsendes) Vær opmærksom på at oplyse om pårørende er informeret om indlæggelsen

**8. Bemærkning:** Skriv særlige forhold vedr. patientens pårørende som er vigtige for hospitalet at vide.

<b>Afsender</b> Kommune X-købing (999) 1 9999 X-købing	Område Indre by	Distrikt Hjemmeplejevej 3,	Adresse 9999 9999	Tlf.
<b>Modtager</b> Sygehus X-købing Sygehus	Afdeling Medicinsk afd. (999999)	Afsnit M1		
<b>Patientens</b> cpr-nummer 2203080513	Fornavn Anders	Efternavn <sup>M</sup> Petersen		
Patientens telefon nummer				
<b>Adresse</b> Borgergade 7 9999 X-Købing				
<b>Egen læge</b> Doktor Pjuskebusk (9999999999) Tlf 9999 9901				
<b>Pårørende</b> Irene Petersen Borgergade 7, 9999 X-købing Tlf : 99 99 99 02 / Mobil tlf: 4036 9998 Pårørende informeret om indlæggelsen: ja    nej <b>Bemærkning:</b> lille fritekstfelt (300 karakter) Fætter Guf oplyst om den akutte indlæggelse, fætteren tager sig af hjemmet og hunden under indlæggelsen				
<b>Kontakt kommune<sup>M</sup></b> Distrikt 3    Dagvagt sygepleje 66137272/4065    mandag-fredag 10-12 Distrikt 3    Aftenvagt sygepleje 66137272/4067    mandag-fredag 21-23 Distrikt 3    Hjemmehjælp 66137272/4069    mandag-fredag 14-16 <i>(fax nr fjernet)</i>				
<b>Ydelser aktuelle (kan være visiterede eller disponerede) ydelser som til DK statistik</b> Personlig pleje    frekvens eller tid, hvad EOJ-leverandør kan levere Hvis der hj.sygepl. ydelser skal disse fremgå § 138 ydelser (f. eks. sårpleje og medicin) Praktisk bistand    frekvens eller tid, hvad EOJ-leverandør kan levere Træning    frekvens eller tid, hvad EOJ-leverandør kan levere Boligtype Kommentarer:				

**9. Kontakt kommune:**

Kontaktoplysninger på distrikter i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen som patienten er tilknyttet. Der kan sendes op til distrikt oplysninger. Vil være udfyldt automatisk

**10. Ydelser**

Hjemmehjælp og sygeplejeydelser, samt evt. træning. Brug kommentar felt til at gøre opmærksom på vigtige oplysninger om pleje og behandling, sådan at sygehuset kan fortsætte denne. Ex. Sårpleje, skylning af kateter og andre særlige forhold.



## **Plejeforløbsplanen**

### **Anvendelsen af plejeforløbsplan**

**Forløbsplanen** anvendes af sygehuspersonalet til at informere hjemmeplejen om der evt. er behov for en revurdering af de ydelser som borgeren modtog fra kommunen (inden indlæggelsen) i forbindelse med den senere udskrivelse. En kort orientering om indlæggelsesforløbet, samt mulighed for at oplyse om der er behov for yderligere koordinering i forhold til udskrivelse.

#### **Formål for plejeforløbsplan**

- At give kommunen en orientering om forventet status ved udskrivning
- At oplyse om ændringer fx i funktionsevnen
- At give kommunen mulighed for at forberede hjemtagelse, skal der iværksættes boligændringer, yderligere pleje eller fx undervisning af personale ved specialsygepleje mv.
- Brug af plejeforløbsplan skal understøtte og sikre de indgåede sundhedsaftaler, fx om aftaler om varsling eller forløb i forbindelse med senere udskrivelse
- Fungere som oplæg ved behov for udskrivningskonference med kommunen

#### **Bemærkninger til plejeforløbsplan**

- Såfremt der på sygehuset sker et afdelingsskifte, fx hvis patienten flyttes fra modtagelsesafdeling til stationært afdeling, vil det være muligt at skrive videre i et eksisterende dokument (fx det fra modtagelsesafdelingen)
- Feltet med indlæggelsesårsagen vil være et fritekstfelt
- Region og kommuner bør aftale om der skal sendes plejeforløbsplan ved indlæggelser under 24 timer samt tidshorizonten for afsendelse af plejeforløbsplan ved ukomplicerede/komplicerede udskrivningsforløb.
- Nye borgere/klienter vil kunne håndteres i kommunernes EOJ-system
- Standarden "melding om færdigbehandling" er en delmængde af standarden "plejeforløbsplan"

#### **Sådan udfylder du Plejeforløbsplanen**

Opstart af plejeforløbsplanen bør ske allerede ved indlæggelsen på sygehuset. Det skal bemærkes at flere felter i plejeforløbsplanen automatisk vil være udfyldt. Dette er sket på baggrund af indlæggelsesrapporten og/eller data fra PAS/EPJ. Der kan være regionale/lokale aftaler som bevirker at der kan komme supplerende oplysninger til indlæggelsesrapporten (anden sending). Plejeforløbsplanen bør derfor tage udgangspunkt i senest modtagne indlæggelsesrapport.

## Trin-for-trin-guide plejeforløbsplan

<b>Sygehus</b> X-købing Sygehus Sygehusgade 99 9999 X-købing		Afdeling Medicinsk afd. (999999) Tlf. 99 99 99 90 lokal 99		Afsnit M1
<b>Kommune</b> X-købing (999) 9999 X-købing		Distrikt Indre by	Adresse Hjemmeplejevej 3,	Tlf. 9999 9999
<b>Patientens cpr.nr.</b> 2203080513	Fornavn Anders	Efternavn <sup>M</sup> Petersen		
Adresse Borgergade 7 9999 X-Køb.				
Patientens telefon nummer				
<b>Pårørende</b> Relation Irene Petersen Ægtefælle/partner Tlf : 99 99 99 02 / Mobil tlf: 4036 999 Pårørende informeret om indlæggelsen: ja    nej		Borgergade	9999 X-købing	
<b>Bemærkning:</b> lille fritekstfelt (300 karakter ) Fætter Guf oplyst om den akutte indlæggelse, fætteren tager sig af hjemmet og hunden under indlæggelsen				
<b>Kontakt til sygehus</b> Afdeling tlf. 9999 9990 lokal 90 (hverdage kl. 8-16)				
<b>Dato for indlæggelse<sup>M</sup>:</b> 3. december 2008				
<b>Forventet færdigbehandlingsdato<sup>M</sup>:</b> 9. december 2008				
<b>Notat til færdigbehandlingsdato</b> Da patienten ligger i koma, kan der forekomme afvigelser på færdigbehandlingsdatoen				
<b>Aftalt udskrivesdato:</b> 9. december 2008 <i>udfyldes kun hvis datoen afviger fra færdigbehandlingsdatoen</i>				
<b>Indlæggelsesårsag<sup>M</sup></b>				
<b>Smitterisiko</b>				

### 1. Afsender

Information om afsenderhospital, afdeling og afsnit

**2. Modtager** Angiv modtager kommune.

**3. Personoplysninger** Patientens cpr. nr, og navn

**4 Patientens adresse.** Vær opmærksom på hvis opholdsadresse er forskellig fra folkeregisteradresse

**5. Telefonnummer** Patientens telefonnummer

**6. Pårørende** Navn og kontaktoplysninger på pårørende, kan være overført fra indlæggelsesrapport

**7. Bemærkning:** Skriv særlige forhold vedr. patientens pårørende som er vigtige for kommunen at vide.

**8. Kontakt sygehus** Oplysninger om sygehusafdeling og kontakt tlf. nummer, som kommunen kan benytte ved behov for telefonisk kontakt

**9. Dato for indlæggelse** Dato for indlæggelse på hospital (= afdeling obs håndtering af dato ved overførsler?)

**10. Forventet færdigbehandlingsdato** Udfyld dato for forventet færdigbehandling.

**11. Notat til færdigbehandlingsdato** her angives forhold af betydning for evt. ændring af færdigbehandlingsdato.

**12. Aftalt udskrivesdato** Her skrives den aftalte dato for udskrivelsen. Udfyldes kun hvis datoen afviger fra færdigbehandlingsdato.

**13. Indlæggelsesårsag** Sygdomsforløb, hændelse op til indlæggelsen. Kan være overført fra indlæggelsesrapport

**14. Smitterisiko.** Her skrives hvis der er smitterisiko forbundet med behandling af patienten



## Melding om Færdigbehandling

*Sådan udfylder du Melding om færdigbehandling*

*Trin-for-trin-guide melding om færdigbehandling*

Beskrivelse af melding om færdigbehandling følger i løbet af weekenden:

Beskrive som autogeneret når der færdigregistreres i PAS/EPJ, der er ingen sundhedsfaglig input

# Udskrivelsesrapporten

## *Anvendelsen af udskrivningsrapport*

**Udskrivningsrapporten** anvendes af sygehuspersonalet i forbindelse med udskrivelse af en patient, med et behov for pleje eller tilsyn fra dennes hjemkommune.

Med den elektroniske udskrivningsrapport kan sygehuspersonalet informere hjemmeplejen om relevante data fra indlæggelsesforløbet, samt formidle om der er et eller flere plejebehov, som bør fortsætte efter udskrivelsen. Udskrivningsrapporten sikrer ligeledes, at det bliver præciseret om der i forbindelse med udskrivelsen er behov for ny eller ekstra hjælpemidler i hjemmet, samt hvem der er ansvarlig for anskaffelsen af disse hjælpemidler.

## *Formål med udskrivelsesrapporten*

- At videregive relevante sundhedsfaglige oplysninger om patientens tilstand (funktionsevne) og forløb på sygehuset, samt information om evt. kommende tiltag i forbindelse med hjemsendelsen f.eks. et kommende ambulans besøg
- At give kommunen information om ny aktuel pleje og behandling
- At give kommunen information om behov for nye hjælpemidler
- At give kommunen information om ændringer i borgerens medicin

## *Bemærkninger til udskrivningsrapporten*

- Det anbefales at udskrivningsrapporten påbegyndes så tidligt som muligt og gerne allerede ved indlæggelsen. Der er mulighed for datagenbrug fra indlæggelsesrapport og plejeforløbsplan.
- Der kan være regionale eller lokale forskelle på hvornår en udskrivningsrapport skal afsendes inden udskrivning. Men det anbefales generelt, at udskrivningsrapporten sendes rettidigt således at hjemmeplejen har mulighed for at forberede sig til hjemsendelsen
- Udskrivningsrapporten kan have forskelligt udseende for kommunen, dataindholdet kan fremtræde forskelligt – afhængigt af hvad der sendes fra sygehus systemet
- Nogle af felterne i udskrivningsrapporten SKAL udfyldes – disse er mærket med et m
- Sker der en forværring af patientens tilstand hvilket udsætter allerede aftalt udskrivelse, skal sygehuset straks give besked til kommunen.

# Sådan udfylder du Udskrivelsesrapporten

## Trin-for-trin-guide udskrivelsesrapport

Det anbefales at plejepersonalet på sygehuset opstarter udfyldningen af udskrivningsrapporten så tidligt i forløbet som muligt. Derefter udfyldes udskrivningsrapporten løbende.

Nogle af felterne vil på baggrund af indlæggelsesrapporten og plejeforløbsplanen allerede være udfyldt.

**1. Afsender** Information om afsenderhospital, afdeling og afsnit.

**2. Modtager** Angiv modtager kommune.

**3. Personoplysninger** Patientens cpr. nr, og navn

**4 Patientens adresse.** Vær opmærksom på hvis patientens opholdsadresse er forskellig fra folkeregisteradresse

**5. Telefonnummer** Patientens telefonnummer

**6. Egen læge** Patientens egen læge

**7. Pårørende** Navn og kontaktoplysninger på pårørende, kan være overført fra indlæggelsesrapport

**8. Bemærkning:** Skriv særlige forhold vedr. patientens pårørende, som er vigtige for kommunen at vide.

**9. Kontakt sygehus** Oplysninger om sygehusafdeling og kontakt tlf. nummer, som kommunen kan benytte ved behov for telefonisk kontakt

**10. Dato for indlæggelse** Dato for indlæggelse på hospital (= afdeling obs håndtering af dato ved overførsler?)

<b>Sygehus</b> X-købing Sygehus Sygehusgade 99 9999 X-købing Tlf. 99 99 99 90 lokal 99		Afdeling Medicinsk afd. (999999)	Afsnit M1
<b>Kommune</b> X-købing (999) 9999 X-købing	Distrikt Indre by	Adresse Hjemmeplejevej 3,	Tlf. 9999 9999
<b>Patientens cpr.nummer</b> 2203080513	Fornavn Anders	Efternavn <sup>M</sup> Petersen	
Adresse Borgergade 7		9999 X-Købing	
Patientens telefon nummer			
<b>Egen læge</b> Doktor Pjuskebusk (9999999999) Tlf 9999 9901			
<b>Pårørende</b> Relation Irene Petersen Ægtefælle/partner Tlf : 99 99 99 02 / Mobil tlf: 4036 999 Pårørende informeret: ja nej		Borgergade 7 9999 X-købing	
Bemærkning: <i>aftaler med pårørende om f.eks. nøgle til bolig</i>			
<b>Kontakt til sygehus</b> Afdeling, afsnit tlf. 9999 9990 lokal 90 (hverdage kl. 8-16)			
<b>Dato for indlæggelse</b> <sup>M</sup> : 1. september 2009			
<b>Færdigbehandlingsdato</b> <sup>M</sup> : 9. september 2001			
<b>Udskrivningsdato</b> <sup>M</sup> : 9. december 2008			
<b>Indlæggelsesårsag</b> <sup>M</sup> :			
<b>Indlæggelsesforløb</b> <i>Eksempelvis Plan for behandling / Udredning, Mobilisering under indlæggelsen, evt. diagnoser (1 side)herunder specielle forløb (palliative teams, kræft forløb m.m.)</i>			
<b>Aktuelle sygeplejehandlinger</b> <i>f.eks. sårpleje, dræn m.m</i>			
<b>Smittorisiko</b>			

**11. Færdigbehandlingsdato** Udfyld dato for endelig færdigbehandling.

**12. Udskrivningsdato** Skriv dato for udskrivelse.

**13. Indlæggelsesårsag** Sygdomsforløb, hændelse op til indlæggelsen. Kan være overført fra indlæggelsesrapport

**14. Indlæggelsesforløb** undersøgelse og behandling i forløbet, herunder specielle forløb

**15. Aktuelle sygeplejehandlinger** beskriv sygepleje som skal udføres efter udskrivelsen

**16. Smittorisiko** Her skrives hvis der er smittorisiko forbundet med behandling af



Ordlister til guiden: mangler – hvis der er behov for dette?

Bilag: Forsendelsesoversigt - mangler

Bilag:

Bilag: Bekendtgørelsen bag/sundhedsaftaler - mangler

MedComs arbejdsgrupper mangler

Her kan du læse mere - Nyttige links mangler