

3. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb under 48 timer

Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- akutte og planlagte indlæggelsesforløb under 48 timers varighed

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 3.1 Kommunikation ved indlæggelse
- 3.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb
- 3.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen
- 3.4 Kommunikation ved udskrivelsen

3.1 Kommunikation ved indlæggelse							
3.1.1	Sygehushenvisning skal ske elektronisk fra praktiserende læge/vagtlæge.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem</th> <th>Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 3.1.2 Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro. Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling. </td> <td> Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro. </td> </tr> <tr> <td> 3.1.3 Kommunen fremsender automatisk indlæggelsesrapport. Sygehuset skal indhente samtykke til informationsudveksling inden indlæggelsesrapporten åbnes og læses. Ved manglende samtykke. Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via indlagt korrespondance eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlæggelsesrapport, indlagt </td> <td> Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra patienten, eventuelle pårørende/netværkspersoner og praktiserende læge. Oplysningerne kan vedrøre: <ul style="list-style-type: none"> • aktuel medicin • fysisk/psykisk/social funktionsevne • evt. brug af hjælpemidler • boligens forhold • evt. vaner, der bør tages hensyn til pårørende og ressourcer i omgivelserne </td> </tr> </tbody> </table>	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem	3.1.2 Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro. Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro.	3.1.3 Kommunen fremsender automatisk indlæggelsesrapport . Sygehuset skal indhente samtykke til informationsudveksling inden indlæggelsesrapporten åbnes og læses. Ved manglende samtykke . Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via indlagt korrespondance eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlæggelsesrapport , indlagt	Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra patienten, eventuelle pårørende/netværkspersoner og praktiserende læge. Oplysningerne kan vedrøre: <ul style="list-style-type: none"> • aktuel medicin • fysisk/psykisk/social funktionsevne • evt. brug af hjælpemidler • boligens forhold • evt. vaner, der bør tages hensyn til pårørende og ressourcer i omgivelserne
Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem						
3.1.2 Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro. Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro.						
3.1.3 Kommunen fremsender automatisk indlæggelsesrapport . Sygehuset skal indhente samtykke til informationsudveksling inden indlæggelsesrapporten åbnes og læses. Ved manglende samtykke . Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via indlagt korrespondance eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via indlæggelsesrapport , indlagt	Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra patienten, eventuelle pårørende/netværkspersoner og praktiserende læge. Oplysningerne kan vedrøre: <ul style="list-style-type: none"> • aktuel medicin • fysisk/psykisk/social funktionsevne • evt. brug af hjælpemidler • boligens forhold • evt. vaner, der bør tages hensyn til pårørende og ressourcer i omgivelserne 						

	<p>korrespondance eller telefon.</p> <p>Indlæggelsesrapporten oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stamdata (inkl. pårørende) • kontaktdata i kommunen • hjælpemidler/behandlingsredskaber • ydelser <ul style="list-style-type: none"> ○ sygepleje ○ personlig pleje ○ praktisk hjælp ○ træning ○ boligtype ○ øvrige ydelser • lokale medicinordinationer/CAVE <ul style="list-style-type: none"> ○ seneste administration af depot ○ PN administrationer indenfor de sidste 24 timer ○ Medicinsvigt ○ dosisdispensering • årsag til aktuell indlæggelse • smitterisiko (medio 2016) • funktionsevne • sygeplejefaglige problemområder (medio 2016) 	
3.1.4	<p>Patienten medbringer medicin og personlige hjælpemidler til sygehuset.</p> <p>Ved akutte indlæggelser kan sygehuset rekvirere medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende</p> <p>Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK.</p>	
3.2	Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb	
3.2.1	<p>Samtalen med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning samt indlæggelsesrapport anvendes.</p> <p>Samtalen kan omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patientens habituelle tilstand • information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet • vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer • oplysninger om kontaktperson 	
3.2.2	I det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens	

	egenomsorgsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til:	
	<ul style="list-style-type: none"> • medicinændringer • sygepleje • personlig pleje • praktisk bistand • boligforhold • hjælpemidler • forebyggelse • genoptræning • DÆMP indsatser 	
3.3	Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen	
	Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienten, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
3.3.1	<p>Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sendes en udskrivningsrapport.</p> <p>Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling eller kompressionsbehandling.</p> <p>Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK.</p>	
3.3.2	<p>Ved ingen eller mindre ændringer i funktionsevnen, orienteres kommunen om udskrivelse via udskrivningsrapport senest, når patienten forlader sygehuset.</p> <p>Ved væsentlige ændringer i funktionsevnen, som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon.</p>	<p>Er der behov for hjælp til personlig pleje, aftales dette telefonisk i god dialog med kommunen.</p>
3.3.3	<p>I telefonsamtalen mellem sygehus og kommune afdækkes funktionsevne, færdigbehandlingsdato og eventuelt behov for behandlingsredskaber/hjælpemidler.</p> <p>Ovenstående dokumenteres i en indlagt korrespondance, som umiddelbart efter endt dialog sendes til kommunen.</p>	
3.3.4	<p>Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette.</p>	

3.3.5	<p>I de tilfælde, hvor patienten er færdigbehandlet og kommunen ikke har mulighed for at hjemtage indenfor 48 timer, f.eks. fordi kommunen skal koordinere og planlægge, indlægges patienten og syghuset opretter en færdigbehandlingsdato gældende fra den efterfølgende dag.</p> <p>Overskrider indlæggelsen 48 timer, før kommunen er klar til at modtage patienten, skal der ikke udarbejdes en plejeforløbsplan.</p>
3.4 Kommunikation ved udskrivelsen	
3.4.1	<p>I udskrivelsessamtalen gives information til patienten og eventuelt pårørende, som kan omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostik, pleje, behandlingsforløbet • efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning • medicin: <ul style="list-style-type: none"> ○ OBS. evt. ændring i dosisdispensering ○ hvad medgives, ○ hvad skal afhentes, ○ hvad udbringes fra apoteket • aftaler med kommunen • sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag <p>Status, resumé og aftaler dokumenteres i udskrivningsrapporten.</p>
3.4.2	<p>Senest ved udskrivelsen sendes en udskrivningsrapport samt eventuelt genoptræningsplan til hjemkommunen.</p> <p>Udskrivningsrapporten indeholder bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stamdata inkl. pårørende • indlæggelses-, færdigbehandlings-og udskrivningsdato • årsag til aktuel indlæggelse • indlæggelsesforløb • sygeplejefaglige problemområder • smitterisiko • diagnoser • funktionsevne ved udskrivning • hjælpemidler/behandlingsredskaber • lokale medicinordinationer/CAVE <ul style="list-style-type: none"> ○ seneste administration af depot ○ PN administrationer indenfor de sidste 24 timer ○ Medicinsvigt ○ recept til apotek ○ afhentning/udbringning ○ dosisdispensering genbestilt af sygehuset efter lægefaglig vurdering • aftaler omkring kost 1. døgn efter udskrivelse

	<ul style="list-style-type: none"> • fremtidige aftaler inkl. evt. ambulant opfølgning <ul style="list-style-type: none"> • DÆMP indsatser (dokumenteres i sygeplejefagligt problemområde "Viden og udvikling") • Instruks og vejledninger kan medsendes som link <p>Patienten medgives en kopi af udskrivningsrapport, medicinliste fra FMK og evt. genoptræningsplan.</p>
3.4.3	<p>Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.</p> <p>Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet.</p> <p>Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren.</p> <p>Såfremt der skal handles fra kommunens side inden næste tidspunkt for læsning af korrespondancen, skal kommunen kontaktes telefonisk (dette dokumenteres i journalen).</p>
3.4.4	<p>Patienten hjemsendes alle dage, dog senest til hjemkomst kl. 22.00.</p> <p>Sygehuset arrangerer hjemtransport, såfremt patienten er berettiget hertil, jf. regler for befordring.</p> <p>Sygehuset registrerer patientens udskrivelse tidstro og der sendes automatisk et udskrivelsesadvis til kommunen.</p> <p>Ved patientforløb, som pludselig bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart herefter med en udskrivningsrapport.</p>
3.4.5	<p>Sygehuset afsender epikrise i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p>Epikrisen kan indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostik og behandling • udarbejdet af • årsag til henvisning • resumé af forløbet • medicinstatus • information til patienten • ikke afsluttede undersøgelser • sygemelding • socialmedicin • efterbehandling • anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse • behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler. <p>Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.</p>

	Evt. genoptræningsplan fremsendes.
--	--