

Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse



Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse

Denne samarbejdsaftale beskriver rammen for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis om indlæggelse og udskrivelse og har til formål at sikre gode¹ sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb² for midtjyske borgere.

Aftalen er en samarbejdsaftale under sundhedsaftalen og bygger videre på det gode samarbejde og de gode erfaringer om indlæggelse og udskrivelse, som der allerede er i den midtjyske region.

Aftalen tager udgangspunkt i en værdibaseret tilgang og i sundhedsaftalens fire overordnede visioner, som sætter en fælles retning for sundhedsvæsenet i Midtjylland og som gennemsyrrer alle indsatser, der igangsættes:

- Mere lighed i sundhed – socialt og geografisk
- På borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren
- Mere sundhed for pengene

Samarbejdsaftalen indeholder tre delelementer:

- Seks principper for samarbejdet på tværs
- Flowchart – kommunikation og samarbejde vedr. det gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb
- Implementeringsovervejelser og opfølgning på aftalen

Aftalens indhold gælder for både kommunerne, hospitalerne og almen praksis og omhandler samarbejdet om akutte og planlagte indlæggelser og samarbejdet om udskrivelser.

Samarbejdsaftalen fokuserer i første omgang på forløb inden for det somatiske område, da der pågår flere andre tiltag, som vedrører det tværsektorielle samarbejde inden for psykiatriområdet. Der indledes efterfølgende en proces, hvor psykiatrien indarbejdes i samarbejdsaftalen.

1. Principper for samarbejdet om den gode indlæggelse og udskrivelse

Seks principper for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis om indlæggelse og udskrivelse udgør omdrejningspunktet i samarbejdsaftalen, hvor den fælles ambition er at sikre, at borgerne oplever gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb. Principperne er en omsætning af sundhedsaftalens visioner, når vi samarbejder på tværs af sektorer om indlæggelse og udskrivelse. Når der skrives 'vi', betyder det hospital, kommune og almen praksis.

¹ Med 'god' menes, at der for alle parter - og specielt borgerne og de pårørende - er en oplevelse af et sammenhængende forløb, hvor samarbejdet mellem parterne fungerer godt, hvor borgerne og de pårørende føler sig inddraget, velinformeret og trygge i forhold til planen for udskrivelsen, og hvor der ikke opleves problemer ved overgange fra én sektor til en anden.

² Indlæggelsesforløbet starter ved beslutning om, at borgeren skal indlægges. Det sker enten via 1-1-2, egen læge eller vagtlægen. Udskrivelsesforløbet slutter, når borgeren udskrives og er tilgængeligt i kommunens system til at modtage pleje/hjælpemidler samt når hospitalslægen har sendt epikrise til egen læge, ajourført FMK og evt. genoptræningsplan, samt udført øvrige opgaver relateret til udskrivelse, som er beskrevet i regionale retningslinjer.

Inddragelse af borgeren og de pårørende

Vi inddrager borgeren og dennes pårørende i størst muligt omfang i indlæggelses- og udskrivelsesforløbet, så borgeren oplever at blive inddraget og at have mulighed for at tage aktiv del i eget forløb.

Det betyder:

- at inddragelsen sker i en gensidig dialog, hvor borgeren kan give udtryk for sine holdninger og ønsker og evt. utryghed, og hvor vi i dialogen med borgeren vælger en løsning, der er faglig bedst ud fra borgerens situation, ønsker og præmisser.
- at vi har øje for at tilbyde mere støtte og koordinering til de borgere, der har behov for dette - specielt i de tilfælde, hvor der ikke er pårørende. Samtidig vil vi understøtte, at de borgere, der kan og vil selv, får mulighed for dette.
- at vi løbende sikrer god kommunikation og tydelig forventningsafstemning med borgeren og de pårørende gennem hele forløbet – fra indlæggelsen til udskrivelsen, så der er tydelighed på, hvad der er aftalt, og hvad der kommer til at ske.

Et fælles ansvar at sikre det gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb for borgeren

En vigtig forudsætning for at sikre gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb er, at vi ser borgerforløbet som en fælles opgave, som vi alle bidrager til. For at få gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb er det derfor ikke tilstrækkeligt, at vi i hver sektor kun gør det, vi hver især skal, men at vi afstemmer vores indsats med hinanden. Vi er derfor enige om, at det er nødvendigt, at vi ser forløbet for den enkelte borger i en helhed.

Det betyder:

- at borgeren skal opleve os i kommunen, på hospitalet og i almen praksis som et team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde, hvor vi tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, og hvor vi værdsætter hinandens viden, kompetencer, erfaringer og input.
- at ingen borger skal falde mellem stole. Hvis der opstår tvivl, er det den part, der har kontakten til borgeren, der har ansvaret for at handle.
- at vi er enige om, at der skal være fokus på patientsikkerhed og høj kvalitet i vores samarbejde med plads til rummelighed og ordentlighed ift., at borgeren oplever et godt indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

Den gode udskrivelse starter ved indlæggelsen

Vi er enige om, at gode udskrivelsesforløb i høj grad bygger på gode velkoordinerede indlæggelsesforløb.

Det betyder:

- Egen læge eller vagtlæge videregiver oplysninger om borgers tilstand, årsag til henvendelse og generelle oplysninger.
- at hospitalet for at sikre gode sammenhængende udskrivelsesforløb begynder dialogen og planlægningen af udskrivelsen allerede ved indlæggelsen – både ift. at forberede borgeren og de pårørende på udskrivelsen, samt kommunen ift. den kommunale indsats.



- at kommunen sikrer, at oplysninger om borgerne er opdaterede, så hospitalet er velinformeret ved indlæggelsen. Derfor har kommunerne fokus på at opdatere indlæggelsesrapporter og sende dem manuelt med opdaterede informationer.

Videndeling og realistiske oplysninger

Videndeling er ligeledes en vigtig forudsætning for at lykkes med gode sammenhængende borgerforløb.

Det betyder:

- at vi i kommunen, på hospitalet og i almen praksis har opmærksomhed og fokus på at dele vores relevante viden med hinanden både forud for en indlæggelse og forud for en udskrivelse. Fx kan hospitalet indhente viden fra lægevagten/egen læge ved akutte indlæggelser og egen læge ved planlagte indlæggelser.
- at vi har vi øje for at 'spille' hinanden gode med opdaterede tidstro oplysninger om borgerne, tilgængelighed ift. en eventuel dialog samt fokus på hurtige *men realistiske* oplysninger fra hospitalet til kommunerne forud for en udskrivelse (jf. princippet om fælles forberedelsestid) samt epikrise til almen praksis.

Relationsdannelse, gensidig tillid og dialog

Et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer bygger på tillid og dialog og er essentielt for at understøtte det sammenhængende borgerforløb og sikre den gode overgang mellem hospital og kommune og almen praksis.

Det betyder:

- at vi derfor fortsat vil prioritere relationsdannelse og kendskabet til hinanden, som et middel til at sikre høj kvalitet i vores samarbejde. Det vil vi bl.a. fortsat gøre gennem afholdelse af fælles skolebænk i klyngerne, fyraftensmøder ift. almen praksis, praksiskonsulentordningen mv.
- at vores kommunikation er respektfuld, rettidig, præcis og problemløsende

Fælles forberedelsestid

Vi er enige om, at gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb til gavn for borgerne forudsætter forberedelse. Derfor er vi enige om at have respekt og øje for, at vi i kommunen og på hospitalet både sammen og hver især har behov for at kunne forberede indlæggelses- og udskrivelsesforløb, så de bliver gode for borgerne.

Det betyder:

- at kommunen sikrer, at oplysninger om borgerne er opdaterede, så hospitalet er velinformeret ved indlæggelsen
- at hospitalet starter forberedelsen af udskrivelsen allerede ved indlæggelsen og inddrager kommunen og borgerne tidligt i forløbet.
- at hospitalet sender realistiske oplysninger til kommunen om udskrivelsestidspunktet via plejeforløbsplanen, så hurtigt som muligt. Her er der fokus på et mantra om *hurtige men realistiske oplysninger*. Ved realistiske oplysninger menes så sikre oplysninger, som muligt, som ikke forventes ændret. Hospitalet sender således en plejeforløbsplan hurtigst muligt til



kommunen, når der foreligger en realistisk plan/ forventning om borgerens funktionsniveau, plejebehov og behov for hjælpemidler ved udskrivelse.

- At planlægningen af udskrivelse som udgangspunkt skal ske tidligst muligt i indlæggelsesforløbet under hensyn til borgerens tilstand og funktionsevne (fysisk og kognitiv) samt sikkerhed og kvalitet i forløbet
- at aftaler om udskrivelsestidspunktet foregår i et samarbejde mellem kommunen, hospitalet og borgeren således, at borgeren er klar til at blive udskrevet den dag, hvor borgeren bliver registreret som færdigbehandlet – jf. definition af færdigbehandlet. Det er som hovedregel hospitalet, der har initiativpligten til udskrivelsen.
- at hospitalet har øje for, at kommunen får den fornødne tid til at forberede, at borgeren kan komme hjem i eget hjem eller til andet kommunalt tilbud. Behovet for længere forberedelse er specielt i forløb, hvor der er behov for fx bestilling af individuelt tilpassede hjælpemidler, opsætning af APV-redskaber, ændringer i og klargøring af hjemmet. Tilsvarende har kommunen øje for, at hospitalet skal have plads til den næste patient.
- at vi har fokus på at undgå genindlæggelser fx ved at plejeforløbsplanen indeholder forslag til løsninger/handlemuligheder til, når/hvis en borger får lignende symptomer for at forsøge at undgå genindlæggelser
- at hospitalet sender epikrise til almen praksis inden for gældende epikrisestandard

2. Definitioner

2.1. Afregning af færdigbehandlet patient i stationært regi – definition

Af hensyn til afregning af kommunal medfinansiering anvendes Sundhedsstyrelsens definition på en "færdigbehandlet patient".

"Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, dvs. behandlinger afsluttet eller indlæggelse er ikke 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."

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

1. Ud fra en lægelig helhedsvurdering er den **somatiske** patient færdigbehandlet i stationær regi på hospitalet, når:
 - Patienten er lægefagligt-, sygepleje- og terapeutfagligt færdigbehandlet på hospitalet ved at:
 - Sygdomsbehandling, fødselshjælp, og sundhedsfaglig pleje er afsluttet.
 - Der er lagt en plan for genoptræning og evt. forebyggelse og sundhedsfremme
 - 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
 - Den fortsatte almene og specialiserede behandling bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv. Specialiseret behandling kan fx være ambulante behandling.



- Evt. medicin og de hjælpemidler, som hospitalet er ansvarligt for, er klar til udlevering til patienten og at FMK er ajourført
2. Hospitalet har informeret patienten: relevant patientinformation er videregivet til patient og pårørende
 3. - Udskrivelsestidspunktet er aftalt med kommunen (hvis den er inde over) – jf. princippet om fælles forberedelse.
- Når hospitalet i deres planlægningsarbejde af udskrivelsen har inddraget kommunen i indlæggelsesforløbet og omkring dato for udskrivelsen.

Registrering af færdigbehandlet og den faktiske udskrivelsesdato

Hospitalet og kommunen skal i sin fælles planlægning af udskrivelsen af den enkelte patient søge i størst muligt omfang at sikre sammenfald mellem den faktiske udskrivelsesdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet – jf. princip om fælles forberedelsestid. Det tidspunkt, patienten registreres som færdigbehandlet på hospitalet, kan som udgangspunkt ikke ændres medmindre der sker væsentlige ændringer i patientens tilstand, hvor det vurderes at være uforsvarligt at udskrive patienten. Udskrivelsestidspunktet er altid en gensidig aftale mellem hospitalet og kommunen.

Registrering af patienten som færdigbehandlet er kun nødvendig, hvis det ikke er muligt at udskrive patienten samtidig med, at patienten vurderes færdigbehandlet. Den fortsatte indlæggelse skal være begrundet i, at der ventes på en midlertidig plads/genoptræningsplads eller plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende. Patienter, der er registreret som færdigbehandlede og som for eksempel venter på tilbud om en plejehjemsplads, vil i venteperioden kunne få tilbagefald af den sygdom, som patienten var indlagt for, eller der kan opstå en lidelse, hvor hospitalsindlæggelse er påkrævet. I disse situationer skal patienten ikke længere betragtes som færdigbehandlet. Behandlingen genoptages – dette registreres i systemet ('behandling genoptaget').

I de tilfælde hvor der er indgået en aftale om udskrivelse, der ligger efter færdigbehandlingsdatoen – betaler kommunen færdigbehandlingstakst efter gældende takst.

Patienter, der lægeligt vurderes som terminale, skal ikke registreres som færdigbehandlede (jf. samarbejdsaftale om palliation – link).

2.2. Lægefagligt behandlingsansvar og patientansvarlig læge

Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som bærer det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men har en funktion som koordinator og bagstopper/tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Som udgangspunkt forbliver den patientansvarlige læge i rollen, selvom patienten i en afgrænset periode modtager behandling inden for andre specialer/på andre afdelinger. Den patientansvarlige læge skal sikre

- at der skabes tryghed, sammenhæng og overblik for patienten
- at der foreligger en behandlingsplan, et overblik og en sammenhæng i indsatsen for patienten.
- at der er fremdrift i udrednings- og behandlingsforløbet. Den patientansvarlige læge er den læge, som kontaktes, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand.



Det lægefaglige behandlingsansvar er ansvaret for den behandling, en given læge udfører for en patient - fx ved et tilsyn eller ved vagtlægen. Men man har ikke nødvendigvis ansvaret for den samlede plan for patienten, men har ansvar for, at behandlingen er forenelig med den samlede plan for patienten

- **Egen læge** er patientansvarlig læge for borgeren før indlæggelse og når borgeren er færdigbehandlet og udskrevet fra et hospital
- **Hospitalslægen** er patientansvarlig læge for indlagte og har det lægefaglige behandlingsansvar under indlæggelsen.

Særligt vedr. borgere i kommunale akutfunktioner³

- **Egen læge:**
 - er patientansvarlig læge for borgeren der er henvist til en akutfunktion af egen læge eller dennes stedfortræder også vagtlæge
 - har en direkte telefonadgang for akutfunktionen, hvor de kan træffes på hverdage kl. 08-16
- **Hospitalslægen:**
 - er patientansvarlig læge for borgere henvist til en akutfunktion af hospitalet indtil hospitalsbehandling er slut, og patienten er afsluttet fra akutfunktionen. Dette gælder hele døgnet.
 - Hospitalslægen kan gå i dialog med egen læge eller dennes stedfortræder fx ved behov for sparring, rådgivning eller tilsyn, mens borgeren er i akutfunktionen.
 - Hospitalslægen har et vagttelefonnummer, hvor de kan træffes hele døgnet.

Ovenstående er beskrevet i "aftale om rammer for samarbejdet mellem læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner" og "samarbejdsaftale om IV behandling"

3. Flowchart/forløbsoversigt

Som en del af samarbejdsaftalen er der udarbejdet et flowchart, som et redskab i kommunikationen og samarbejdet vedr. det gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb på tværs af sektorer. Flowchartet bliver et interaktivt webværktøj med et samlet visuelt overblik over det gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb (akut eller planlagt), samt mulighed for supplerende uddybende tekst ved at trykke på ikonerne i flowchartet.

Jf. flowchart - LINK.

4. Videre proces/ implementeringsovervejelser og opfølgning

En samarbejdsaftale som bygger på seks principper for samarbejdet mellem kommune, hospital og praktiserende læge kræver en velovervejet implementering og opfølgning. Derfor er nedenfor beskrevet opfølgning på aftalen samt udarbejdet et tillægsdokument til samarbejdsaftalen med en implementeringsplan.

³ Aftale om rammer for samarbejdet mellem læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner er midlertidig og gældende til 31/12 2020

Godkendelse af samarbejdsaftalen foregår i relevante administrative og politiske fora med henblik på ikrafttrædelse 1. juni 2021.

Implementering

Der lægges op til, at det er klyngerne, der aftaler, hvordan man i løbet af 2021 vil udmønte samarbejdsaftalen og omsætte principperne. Det kalder på, at klyngerne prioriterer dialog og relationsdannelse ift. samarbejdet samt løbende opfølgning på, hvordan samarbejdsaftalen fungerer i praksis samt hvor effektiv implementeringen understøttes i klyngerne.

For at kendskabet til samarbejdsaftalens principper og indhold er kendt hos alle relevante medarbejdere skal aftalen hyppigt genbesøges og præsenteres i så mange sammenhænge som muligt. Alle skal derfor også have nem adgang til samarbejdsaftalen og et brugervenligt flowchart.

Der arbejdes inden for tre supplerende spor i implementeringen:

1. Kommunikationssporet

Hvordan understøttes aftalens implementering kommunikativt?

Klar strategi og plan for kommunikation om aftalen.

Der udarbejdes en kommunikationspakke til understøttelse af implementeringen.

2. Dialogsporet

Hvordan sikres og planlægges den lokale dialog om aftalens indhold? Den lokale implementeringsplan?

- I klyngen - tværsektorielt
- På hospitalet – afdelinger, hvilke mødefora mv.
- I kommunen – hvilke mødefora mv.
- I almen praksis – PLO-Midt, PLO-Kommunalt og praksiskonsulentordningen

3. Regelsporet

Hvordan får vi omsat aftalens indhold i vores procedure og arbejdsgange? Hvad skal der til?

Kan vi indarbejde aftalens centrale elementer i eksisterende regler og retningslinjer?

Opfølgning

Vi er enige om, at det første år af aftalens ikrafttrædelse er et implementeringsår/testår. Det betyder, at klyngerne løbende følger op på samarbejdet om den gode indlæggelse og udskrivelse, og at der efter første år laves en opfølgning. Sundhedsstyregruppen er ansvarlig for opfølgningen, og det anbefales, at der nedsættes en midlertidig gruppe hertil som også udvikler et opfølgningsdesign. Gruppen skal binde implementerings- og opfølgingsarbejdet i klyngerne sammen ved løbende i implementerings-/teståret at dele erfaringer på tværs. Gruppen består af repræsentanter fra kommunerne, hospitalerne og almen praksis. Opfølgningen præsenteres for Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Opfølgningen skal først og fremmest have fokus på, hvordan man i samarbejdet om indlæggelse- og udskrivelsesforløb er lykkedes med at skabe gode sammenhængende forløb for borgerne. Herunder også fokus på selve samarbejdet mellem kommune og hospital og med almen praksis. Erfaringer fra klyngerne samles sammen med henblik på spredning af gode modeller for samarbejde.

Implementeringsåret/teståret afsluttes med at afholde et fælles læringsseminar, hvor klyngernes erfaringer deles på tværs. På baggrund af erfaringerne tager Sundhedsstyregruppen stilling til, hvorvidt samarbejdsaftalen skal justeres.



Den fælles opfølgning efter implementeringsåret/teståret skal bl.a. indeholde følgende elementer fra samarbejdsaftalen:

- Borger- og pårørendes oplevelser af inddragelse og sammenhæng i indlæggelse- og udskrivelsesforløbet. Det kan være med udgangspunkt i spørgsmål som:
 - *Hvordan oplever borgerne udskrivelsen?*
 - *Føler borgerne og pårørende sig inddraget?*
 - *I hvilke situationer oplever borgerne og pårørende, at vi lykkes/ ikke lykkes med at skabe gode og sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb?*
- Eksempler fra klyngerne, hvor man er lykkedes med gode indlæggelses- og udskrivelsesforløb for borgerne (hvor de relevante parter er inddraget i god tid, hvor der er udvekslet relevante oplysninger mv.). Ligeledes deles erfaringer fra forløb, hvor der er læring ift. forbedringer.
- Der deles gode modeller på løsninger på vellykket samarbejde om indlæggelse og udskrivelse.
- Hvordan opleves samarbejdet mellem kommune og hospital og med almen praksis?
- Hvad er erfaringerne med afholdelse af fælles skolebænk?
- Hvad betyder det for samarbejdet mellem kommune og hospital, at de faste tidsfrister (varslinger) er fjernet og erstattet af en værdibaseret tilgang og begrebet 'fælles forberedelse'. Fungerer det i praksis?
- Lykkedes man med at sikre sammenfald ml den faktiske udskrivelsesdato og den dato, hvor patienten registreres som færdigbehandlet?
- Brugervenligheden af flowchartet?
- Er principperne relevante?
- Opleves der i klyngerne behov for justeringer i samarbejdsaftalen?

Godkendelsesproces for samarbejdsaftalen

Tidspunkt	Udvalg/forum	Aktivitet
20. november 2020	Sundhedsstyregruppen	Godkendelse
9. december 2020	Sundhedskoordinationsudvalget	Godkendelse
9. december 2020	Patientinddragelsesudvalget	Orientering
10. december 2020	Praksisplanudvalget	Godkendelse
Januar – marts 2021	Region og kommuner	Godkendelse
1. juni 2021	Kommuner, hospitaler, almen praksis	Ikrafttrædelse – implementering påbegyndes
2021-2022	Klyngerne	Udmøntning af samarbejdsaftalen i klyngerne
Maj 2022	Klyngerne	Læringsseminar
Ultimo 2022	Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget	Opfølgning og evt. justering i aftalen

