

2. december 2008

Retningslinier for fælles udskrivningsplanlægning

1. Indledning

I de sundhedsaftaler om udskrivningsforløb, der i 2008 er indgået mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen, fremgår af de overordnede mål og principper følgende:

"Fælles udskrivningsplanlægning

Som led i implementeringen af denne sundhedsaftale igangsætter Region Syddanmark og kommunerne et samarbejde om at udvikle en fælles udskrivningsplanlægning. Den fælles udskrivningsplanlægning bygger på sundhedsaftalens principper."

Ifølge kommissoriet af 5. september 2008 for dette samarbejde skal der udvikles et fælles forståelsesgrundlag vedr. udskrivningsplanlægning, der kan skabe grundlag for at varslingsfrister for udskrivning efter indlæggelse i mere end 24 timer udgår af aftalen med virkning fra medio 2009.

Nærværende notat beskriver retningslinier for denne fælles udskrivningsplanlægning og omfatter:

- Værdigrundlaget for samarbejdet om udskrivning
- Retningslinier for dialogen om udskrivning
- Implementering af den fælles udskrivningsplanlægning.

Notatet udgør et fortolkningsgrundlag for sundhedsaftalen om udskrivningsforløb. Efter høringsfase og behandling i regionsråd og kommunalbestyrelser vil notatet have gyldighed på linie med sundhedsaftalerne.

2. Værdigrundlag for samarbejdet om udskrivning

I sundhedsaftalen om udskrivningsforløb er anført et sæt overordnede mål og principper for samarbejdet, som indeholder de værdimæssige rettesnore for anvendelsen af aftalen. Værdierne retter sig mod dels brugeren (borgeren, patienten), dels selve samarbejdet.

Det er et ledelsesansvar i de enkelte organisationer at sikre at værdigrundlaget er kendt af medarbejderne og anvendes i den daglige praksis.

Værdier for brugerne

Sammenhængende og koordinerede forløb

Målet med sundhedsaftalen er at sikre sammenhængende borger/patientforløb, således at borgeren oplever sammenhæng gennem hele forløbet, og udgangspunktet er den enkeltes behov.

For den enkelte bruger af sundhedsvæsenet har et trygt og effektivt forløb stor betydning. For tidlige udskrivinger med usikkerhed og risiko for tilbagefald skal undgås og det samme gælder for lange sygehusindlæggelser uden målrettet behandling og med risiko for tab af funktionsevne.

Sundhedsaftalen om udskrivningsforløb bekræfter derfor at kommuner og region er enige om at udskrivning efter endt sygehusbehandling skal ske tidligst muligt under hensyn til patientens tilstand samt sikkerhed og kvalitet i forløbet.

Borgeren inddrages og sikres tryghed i forløbet

Borgeren og dennes nærmeste skal inddrages i størst muligt omfang i tilrettelæggelsen af forløbet. Inddragelse skal ske i en dialog, hvor borgeren kan give udtryk for sine holdninger og hvor der tages hensyn til borgerens ønsker. Alle aftaler, der er blevet indgået med borgeren eller dennes pårørende, skal overholdes, og hvis dette ikke er muligt, skal personalet tidligt informere de pågældende om grunden, og hvad der gøres i stedet.

Efter sygehusophold skal borgeren ydes den fornødne støtte og vejledning i at vende tilbage til tilværelsen i eget hjem og hjemmet skal være forberedt til borgerens hjemkomst. Det personale, der modtager en patient i sygehuset eller borgeren i hjemmet, skal være velforberedt i mødet med den pågældende, dvs. velinformeret om det forudgående forløb og om formål og indhold i den aktuelle del af forløbet.

Værdier i samarbejdet mellem sektorerne

Det er ikke muligt at give en udtømmende fremstilling af samarbejdet, der er dækkende for alle delprocesser i ethvert patientforløb. Det er derfor væsentligt at alle fagpersoner, der er involveret i et borger/patientforløb – uanset ansættelsesmyndighed - tager udgangspunkt i de ovenstående værdier for brugerne som rettesnor for det tværsektorielle samarbejde.

Etablere og fastholde kontakt og dialog

Samarbejdet mellem kommune og sygehus bygger på, at kommunikationen skal indledes allerede ved indlæggelsen og omfatte planlægningen af hele forløbet. De involverede fagpersoner bestræber sig på at kontakten skabes tidligst muligt og dialogen på tværs sikres fra patientforløbets begyndelse.

Gensidig respekt for faglighed og opgaver

For borgere/patienter, der modtager eller skal modtage ydelser efter sundhedsloven eller serviceloven, skal enhver udskrivning fra sygehus være aftalt på forhånd mellem sygehuset og kommunen. Dialogen er det bærende redskab og skal være løbende og proaktiv. Denne dialog forudsætter at der hersker gensidig respekt for fagligheden i kommune og sygehus.

F.eks. må de kommunale fagpersoner anerkende den specialiserede viden om behandlingsmetoder i sygehuset, og sygehusets personale må omvendt anerkende kommunernes viden om den enkelte borgers dagligdag, netværk og miljø og rehabiliteringens indplacering heri. Sygehuset skal respektere den enkelte kommunes visitationsmyndighed, serviceniveau og kvalitetsstandarder og ikke over for borgeren stille kommunale ydelser i efterforløbet i udsigt.

Et væsentligt mål med dialogen er tilrettelæggelsen af et forløb, der omfatter den rette faglige indsats på grundlag af den lagte behandlingsplan, og som skal ydes på det rette specialiseringsniveau. Behandlingen bør ikke foregå på et højere specialiseringsniveau end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Fleksibilitet i opgaveløsningen med udgangspunkt i borgeren/patienten

Sundhedsaftalerne bygger generelt på, at hver myndighed sørger for den nødvendige kapacitet i forhold til den aftalte opgavefordeling. Planlægningen af et forløb bør ikke tage udgangspunkt i ressourcemæssige forhold i kommune eller sygehus, men i hvor borgerens behov kan tilgodeses.

De involverede parter må udvise den nødvendige fleksibilitet, således at sammenhængen i forløbet og overgangen fra en sektor til en anden sikres i overensstemmelse med det aftalte.

Sundhedsaftalerne bygger endvidere på, at spørgsmål om fortolkning af aftalerne afklares i hverdagen på stedet uden opsættende virkning, således at borgeren oplever et sammenhængende forløb. Eventuelle uenigheder om tilrettelæggelsen af et udskrivningsforløb bør løses umiddelbart og med afsæt i brugerværdierne. Er dette ikke muligt, må en afklaring på nærmeste lederniveau hurtigst muligt finde sted. Efterfølgende er det vigtigt at italesætte spørgsmål af principiel karakter i de tværsektorielle fora, således at mytedannelse modvirkes.

3. Retningslinier for fælles udskrivningsplanlægning og dialog

Afgrænsning

Sundhedsaftalen om udskrivningsforløb opstiller rammerne for den fælles udskrivningsplanlægning i form af beskrivelser af samarbejde og kommunikation i forbindelse med borger/patientforløbene i 5 kategorier:

- 1) Indsatsen før ambulante behandling eller indlæggelse
- 2) Ambulante patientforløb
- 3) Behandlingsforløb under 24 timer
- 4) Behandlingsforløb længere end 24 timer¹
- 5) Indsatsen efter udskrivning

Den fælles udskrivningsplanlægning omfatter behandlingsforløb i kategori 4) og gælder for alle de borgere/patienter, der ved en indlæggelse allerede modtager kommunale ydelser efter sundhedsloven eller serviceloven, eller som vurderes at skulle modtage sådanne ydelser efter udskrivningen. Planlægningen omfatter alle indlæggelsesforløb over 24 timer, uanset om de er komplicerede eller ukomplicerede, og uanset om borgeren er kendt i kommunen i forvejen eller ej.

Dialogen om forløbet

For de omhandlede forløb påbegyndes en dialog mellem sygehus og kommune straks fra indlæggelsen. Dialogen skal ske på grundlag af de værdier for brugeren og samarbejdet, der er anført i foregående afsnit, og sikre at enhver udskrivning af de pågældende borgere/patienter er aftalt på forhånd.

Målet med dialogen gennem hele forløbet er i flest mulig forløb at opnå sammenfald mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

Færdigbehandlingstidspunktet afgøres af den ansvarlige sygehuslæge på grundlag af behandlingsforløbet og patientens tilstand og funktionsevne. I vurderingen heraf inddrager lægen sygeplejefaglige og træningsfaglige oplysninger om patienten, samt en vurdering af om den videre indsats kræver medvirken af sygehusspecialer eller kan varetages i primærsektoren.

¹ Sundhedsaftalen om udskrivningsforløb skelner mellem indlæggelsesforløb under 24 timer, hvor der sker en fremskyndet telefonisk kommunikation mellem sygehus og kommune, og forløb over 24 timer, hvor en udbygget kommunikation finder sted. I visse områder er det mellem kommuner og sygehus aftalt at skillelinien kan være 36 eller 48 timer.

Udskrivningstidspunktet besluttet i dialog mellem sygehuset og kommunen på grundlag af forløbet, patientens tilstand og funktionsevne samt kommunens forberedelse af modtagelsen i hjemmet eller evt. anden foranstaltning.

Det er sygehusets ansvar at påbegynde dialogen så betids at kommunen får en rimelig forberedelsestid, og det er et fælles ansvar at fastholde dialog og effektiv koordinering, med sigte på at udskrivningstidspunkt falder sammen med færdigbehandlingstidspunktet.

Dialogen omfatter følgende kommunikation:

Trin i forløbsoversigten i sundhedsaftalen angivet i parentes.

<p>I (4.2)</p>	<p><i>Sygehuset orienterer kommunen</i></p> <p>Sygehuset underretter kommunen om borgerens indlæggelse, enten ved et indlæggelsesadvis eller telefonisk. Formålet er at informere kommunen, henholdsvis at foranledige borgeren oprettet i det kommunale omsorgssystem, så den videre kommunikation kan ske via it.</p>
<p>II (4.2)</p>	<p><i>Kommunen informerer sygehuset</i></p> <p>Kommunen sender – for borgere, der er kendt i det kommunale system - en indlæggelsesrapport til sygehuset med så fyldestgørende oplysninger som muligt om patienten og de kommunale ydelser, borgeren modtager. Disse oplysninger skal sendes hurtigst muligt, idet sygehuset skal bruge dem i sin vurdering af patienten og i planlægningen af behandlingsforløbet. Dermed kan sygehuset tidligt tilsende kommunen en forløbsplan, jfr. pkt. 3.</p>
<p>III (4.3)</p>	<p><i>Sygehuset sender forløbsplan</i></p> <p>For alle patientforløb over 24 timers varighed² udarbejder sygehuset en forløbsplan på grundlag af den lagte behandlingsplan og sender den til kommunen. Forløbsplanen skal indeholde de oplysninger som er relevante og nødvendige, for at kommunen tidligst muligt kan påbegynde forberedelserne til modtagelse af borgeren i hjemmet.</p> <p>For komplicerede udskrivningsforløb anfører sygehuset i planen behov for udvidet koordinering.</p> <p>Forløbsplanen indeholder sygehusets oplysninger og vurdering af:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Patientidentifikation b. Foreløbig diagnose c. Forventet funktionsevne ved udskrivning d. Forventet behov for pleje og praktisk bistand efter udskrivning e. Forventet behov for genoptræning, hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger f. Evt. behov for udvidet koordinering af udskrivning g. Forventet udskrivningstidspunkt h. Sygehusets kontaktpersoner og –afdeling. <p>Sygehusene udarbejder og afsender forløbsplanen hurtigst muligt og senest 48 timer efter indlæggelsen. For ukomplicerede forløb må sygehusene tilskyndes til at afsende planen inden for det første indlæggelsesdøgn.</p>

² Se note 1

<p>IV (4.4)</p>	<p><i>Kommunen kvitterer for forløbsplan</i></p> <p>Kommunen læser og melder tilbage på den tilsendte forløbsplan snarest muligt og senest 8 timer efter modtagelsen,</p> <ul style="list-style-type: none"> - enten ved at kvittere for planen, således at denne gælder som aftale, - eller ved hurtigst muligt at tage initiativ til en nærmere dialog om koordinering af forløbet. <p>Denne dialog kan ske via it-kommunikation, telefonisk eller ved aftale om møde, evt. udskrivningskonference. Herved har såvel sygehus som kommune grundlag for den videre planlægning af udskrivningsforløbet.</p>
<p>V (4.4)</p>	<p><i>Behov for udvidet koordinering</i></p> <p>Indikation for en udvidet koordinering af forløbet er at dette vurderes som en mulig kompliceret udskrivning, hvorved forstås at patientens sundhedstilstand kan medføre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Væsentlige ændringer i borgerens/familiens situation i hjemmet eller i patientens funktionsevne set i forhold til situationen før indlæggelsen • Væsentlige ændringer vedrørende bopælskommunens indsats set i forhold til situationen inden indlæggelsen. <p>Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering eller udvidelse af døgnhjemmepleje, boligændring eller flytning til anden bolig, installation af større hjælpemidler, etc.</p>
<p>VI (4.4)</p>	<p><i>Aftale om udskrivning</i></p> <p>Den nærmere koordinering mellem sygehus og kommune sker på baggrund af en tværfaglig vurdering, der omfatter borgerens/patientens funktionsevne, og resulterer i en fælles plan for det videre forløb, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udskrivningstidspunkt og forberedelse af modtagelse • Omfang af behov for personlig pleje • Behov for sygepleje • Behov for madservice • Genoptræningsplan • Hjælpemiddelbehov og –levering • Evt. boligændringer • Aftale om første besøg af hjemmeplejen • Medicin <p>Den fælles plan for det videre forløb udarbejdes som en revideret endelig forløbsplan. Planen noteres i de respektive journaler, hvorefter udskrivningen kan iværksættes ifølge det aftalte.</p> <p>Koordineringen gennemføres senest 2 dage efter sygehusets afsendelse af forløbsplanen og så hurtigt at borgerens/patientens opholdstid i sygehuset ikke forlænges unødigt.</p>

VII (4.5)	<i>Sygehuset orienterer om udskrivning</i> Når borgeren udskrives, sender sygehuset et udskrivningsadvis til kommunen. I forbindelse med udskrivningen sender sygehuset endvidere udskrivningsrapporten, som er den samlede beskrivelse af indlæggelsesforløbet, der danner grundlag for kommunens overtagelse af ansvaret for forløbet i samarbejde med borgerens egen læge. Endelig sendes en genoptræningsplan vedr. de borgere der har behov for genoptræning.
-------------------------	---

4. Implementering af den fælles udskrivningsplanlægning

Ansvar for implementering

Den fælles udskrivningsplanlægning bygger på, supplerer og uddyber principperne i sundhedsaftalen om udskrivningsforløb. Sundhedsaftalen og dens principper udmøntes konkret i den regionale samarbejdsaftale om tværsektorielle patientforløb. Det anbefales derfor at den fælles udskrivningsplanlægning implementeres i direkte sammenhæng med implementeringen af den regionale samarbejdsaftale.

Implementeringen af den regionale samarbejdsaftale sker gennem de enkelte organisationers ledelsesstrenge og tværsektorielt koordineret via de lokale samordningsfora. Dette forudsættes derfor også at gælde den fælles udskrivningsplanlægning.

Proces for implementering

I det foreliggende forslag til handleplan for implementeringen af samarbejdsaftalen i kommuner og sygehuse lægges op til en tidsplan, hvorved implementeringen i hvert sygehusområde foregår med introduktionsmøder, nøglepersonundervisning og basispersonale-information over en 3-4 måneders periode frem til igangsættelse af arbejdet efter den nye aftale.

De retningslinier for dialogen om udskrivning, der er beskrevet i afsnit 3 ovenfor, forudsætter at de nødvendige it-redskaber for kommunikationen er sat i drift og fungerer, samt at personalet i såvel sygehuse som kommuner har modtaget den fornødne instruktion i det aftalte samarbejde. Endvidere skal der være skabt den fornødne sikkerhed i procedurerne og tryghed ved samarbejdet.

Kernepunkter i den fælles udskrivningsplanlægning er værdigrundlaget set i sammenhæng med det dialog- og aftalebaserede samarbejde om udskrivningen. I denne forbindelse er en fælles forståelse af færdigbehandlingsbegrebet central. Det anbefales derfor at de lokale samordningsfora som led i implementeringen tager initiativ til afholdelse af tværsektorielle dialogdage for det kliniske personale med fokus på bl.a. kvalitet i arbejdsgange på sygehuse og i kommuner i forbindelse med udskrivning, herunder hvilke forudsætninger, der bør lægges til grund for den lægefaglige vurdering af om en patient er færdigbehandlet.

Opfølgning på implementeringen

På grundlag af den fælles udskrivningsplanlægning efter retningslinierne i dette notat kan opstilles følgende kvalitetsstandarder for kommunikationen:

- Kommunen sender indlæggelsesrapport snarest efter orientering om patientens indlæggelse og med det foreskrevne oplysningsindhold.
- Sygehuset afsender forløbsplan tidligst muligt og senest 48 timer efter patientens indlæggelse, og med det foreskrevne oplysningsindhold.
- Der er mellem kommuner og sygehus opnået konsensus om indikationen for udvidet koordinering af udskrivningen.

- Sygehuset sender udskrivningsrapport og evt. genoptræningsplan til kommunen inden eller samtidig med udskrivningen.
- Der er opnået sammenfald mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

Sundhedsaftalen om udskrivningsforløb beskriver under krav 4 om kvalitetsmonitorering følgende målepunkter vedr. udvekslingen af information mellem parterne i forløbet:

- Tidspunkt og indhold i sygehusets kommunikation til kommunen inden udskrivning (forløbsplan)
- Indikatorer for udvidet koordinering i forbindelse med udskrivning
- Tidspunkt og indhold i sygehusets kommunikation til kommunen ved udskrivning (udskrivningsrapport, genoptræningsplan)
- Tidspunkt og indhold i epikriser (følges af Praksiskonsulentorganisationen).

Som konsekvens af den fælles udskrivningsplanlægning bør monitoreringen endvidere omfatte liggedage samt divergens mellem færdigbehandlingstidspunkt og udskrivningstidspunkt.

I sygehusregi vil indikatormålingerne opsamles via de administrative systemer, når det gælder frekvenser og tidspunkter og via audits ifølge Den Danske Kvalitetsmodel, når det gælder indhold. Kommunerne i Region Syddanmark vil ifølge sundhedsaftalen etablere kvalitetsmonitorering med fokus på koordinering, kontinuitet, indhold og overdragelse.

Det anbefales at de lokale samordningsfora nedsætter lokale tværsektorielle auditeringsgrupper. Der vil blive udarbejdet nærmere vejledning og manualer for kvalitetsmonitoreringen i 1. kvartal 2009.

Resultaterne af monitoreringen forelægges i første omgang de lokale samordningsfora som grundlag for disses opfølgning på implementeringen. Af hensyn hertil skal monitoreringen af de tværsektorielle patientforløb som beskrevet her sættes i værk i 2. kvartal 2009 og gennemføres hver anden måned i implementeringsfasen.

Tidsplan for implementering

Implementeringsprocessen foreslås igangsat således at sygehusområderne startes op med 1 måneds mellemrum i en rækkefølge, der betinges af tidsplanen for implementeringen af it-strategiens sygehus-hjemmeplejeprojekt. Denne proces forventes at strække sig over perioden november 2008 til juni 2009.

Implementeringen i fuldt omfang af samarbejdsaftalens procedurer efter de retningslinier der er beskrevet ovenfor i afsnit 3, og indarbejdelsen heraf i den kliniske praksis, vil betyde at sundhedsaftalens tidsfrister for afsendelse af varsling om færdigbehandling kan undværes. Tidsfristerne fremgår af bilag til grundaftale om udskrivning, pkt. 4.4.3.

Det bør være det enkelte lokale samordningsforum der træffer afgørelse om, hvornår varslingsfristerne udgår af den lokale administration af aftalegrundlaget. Afsættet herfor bør være en lokalt udarbejdet status for og evaluering af implementeringsprocessen i det lokale område, byggende på den gennemførte kvalitetsmonitorerings resultater. Der bør således afsættes et kvartal til monitorering og opfølgning efter selve implementeringen, jfr. ovenfor.

Status- og evalueringsrapporten forelægges det lokale samordningsforum, som på grundlag heraf tager stilling til tidspunktet for bortfald af varslingsfristerne. Rapporten og samordningsforums beslutning sendes herefter til Det administrative kontaktforum.

De lokale samordningsfora bør anmodes om at udarbejde status- og evalueringsrapport og beslutte tidspunkt for bortfald af varslingsfrister inden udgangen af 3. kvartal 2009.