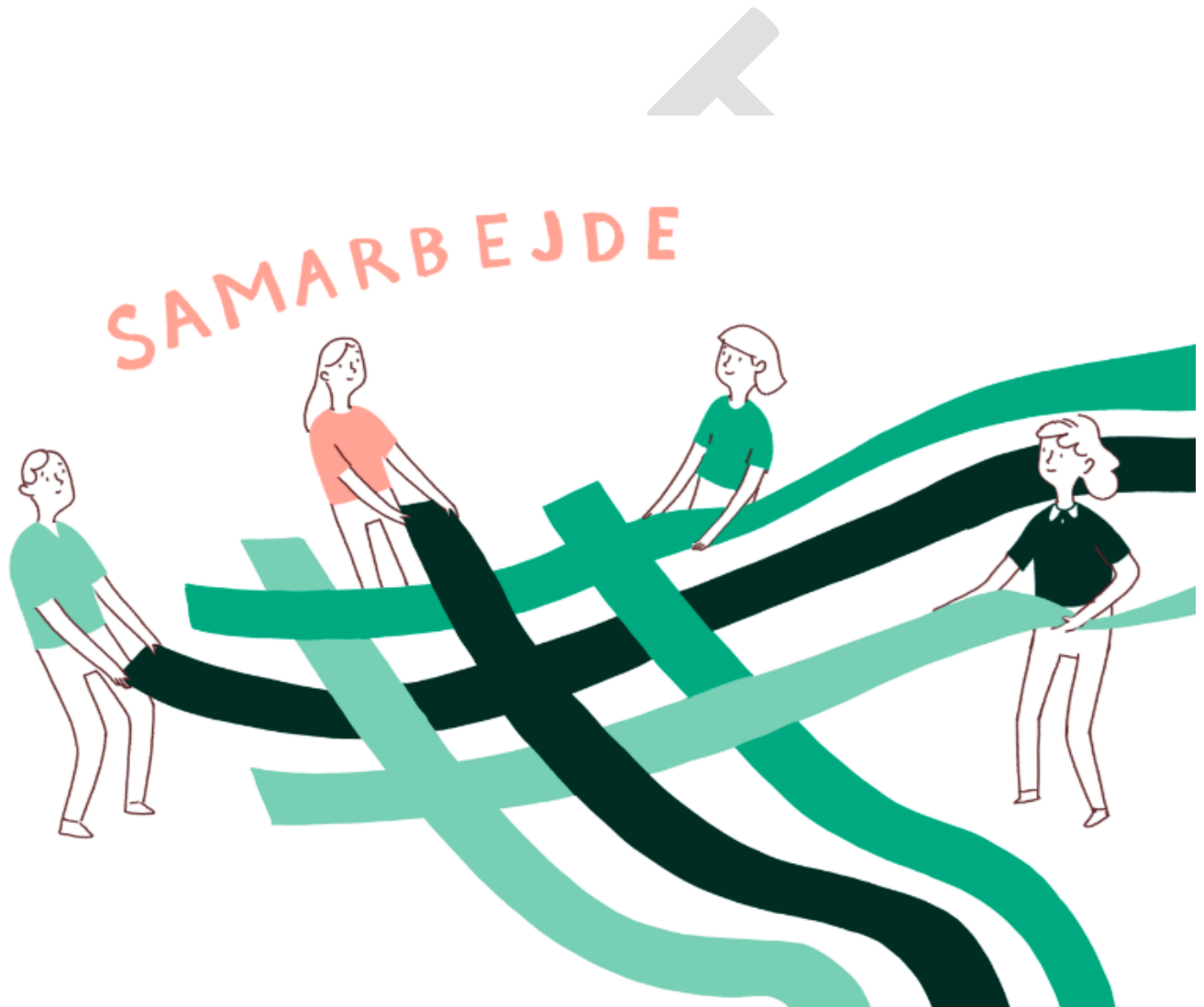


# Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse

– psykiatri og somatik



# Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse

Denne samarbejdsaftale beskriver rammen for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler, **det regionale socialområde** og almen praksis om indlæggelse og udskrivelse og har til formål at sikre gode<sup>1</sup> sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb<sup>2</sup> for midtjyske borgere.

Aftalen er en samarbejdsaftale under sundhedsaftalen og bygger videre på det gode samarbejde og de gode erfaringer om indlæggelse og udskrivelse, 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, **det regionale socialområde** og almen praksis og omhandler samarbejdet om akutte og planlagte indlæggelser og samarbejdet **om indlæggelser og udskrivelser i både somatikken og psykiatrien<sup>3</sup>.**

## 1. Principper for samarbejdet om den gode indlæggelse og udskrivelse

Seks principper for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler, **det regionale socialområde** 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 i **somatikken og psykiatrien**. Principperne er en omsætning af sundhedsaftalens visioner, når vi samarbejder på tværs af

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Indlæggelsesforløbet starter ved beslutning om, at borgeren skal indlægges, **og dette kan ske både akut og elektivt. Behandlingsansvaret ligger først i Sengeafsnittet, når patienten er blevet indlagt.** 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.

<sup>3</sup> Psykiatrien dækker i denne aftale over regionspsykiatrien, det regionale socialområde samt den kommunale socialpsykiatri og børne- og ungeområdet.



sektorer om indlæggelse og udskrivelse. Når der skrives 'vi', betyder det hospital, **det regionale socialområde**, kommune og almen praksis.

### **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 indsatser 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, **i det regionale socialområde** 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:

- at 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 ved behov** sende dem manuelt med opdaterede informationer.<sup>4</sup>

### 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, **i det regionale socialområde** 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 (**se fodnote 3**), 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 **det regionale socialområde 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

---

<sup>4</sup> Indlæggelsesrapporter, plejeforløbsplaner, genoptræningsplaner og udskrivningsrapporter bruges til alle patienter/borgere, der er tilknyttet ældre/omsorg i kommunen, og som indlægges på hospitalerne. Der kan ikke bruges indlæggelsesrapporter, plejeforløbsplaner, genoptræningsplaner og udskrivningsrapporter for patienter hørende under det regionale eller kommunale socialområde, hverken i somatikken eller psykiatrien i Region Midtjylland. Der skal i de pågældende tilfælde kommunikeres via korrespondancebreve, der suppleres med telefonisk kontakt ved behov. se retningslinje: [Anvendelse af korrespondancebrevet mellem hospitaler, det regionale socialområde, kommuner og almen praksis i Region Midtjylland, Sundhedsaftalen, regional retningslinje](#). Har borgeren både kontakt med ældre/omsorg i kommunen og socialområdet anvendes plejeforløbsplan og udskrivningsrapport samt korrespondancebreve. Det er muligt at dele oplysninger af relevans mellem forvaltninger i kommunen fx videresendelse af plejeforløbsplaner fra sundheds/ældreområdet til socialområdet.

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, **det regionale socialområde** 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 **(se fodnote 3)**.
- 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 **(se fodnote 3)**. 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 **(se fodnote 3)** 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 kognitivt) 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 **(se fodnote 3)** 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 patienten** 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. Sundhedsdatastyrelsens 'Vejledning for basisregistrering af sygehuspatienter').

## 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 akutfunktioner<sup>5</sup>

- **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 døgnnet.

---

<sup>5</sup> Aftale om rammer for samarbejdet mellem læger, hospitaler og kommunale akutfunktioner er midlertidig og gældende til der er indgået en ny overenskomst med almen praksis

- 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".

### **72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse**

Patienter, der har været indlagt på en somatisk afdeling i Region Midtjylland i over 24 timer, som er færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives til kommunal sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem, er omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

Patienter i korte forløb under 24 timer samt patienter, der udskrives fra Psykiatrien, er ikke omfattet af 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar.

Formålet med 72 timers behandlingsansvar er, at sikre at patienterne oplever en tryk og sammenhængende overgang fra hospitalsindlæggelse og til det videre forløb i den kommunale sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem, samt at øge tilgængeligheden, kvaliteten og patientsikkerheden i det tværsektorielle samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis i de første døgn efter patientens udskrivelse. Det sker ved, at den udskrivende afdeling stiller sig til rådighed for henvendelser fra kommunale sundhedsprofessionelle<sup>6</sup>, praktiserende læger og lægevagt vedrørende patienten i 72 timer efter udskrivelse.

[Regional retningslinje for Model for 72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter hospitalsindlæggelse](#)

### **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 er 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. Flowchartet er kun gældende for somatikken. Se [sektorovergang.rm.dk](#). Der udarbejdes en mere enkel version af flowchartet gældende for psykiatrien.

### **4. Ikrafttrædelse**

Den oprindelige samarbejdsaftale trådte i kraft 1. juni 2021.

Aftalen er opdateret ultimo 2023, således den også omfatter psykiatrien. Den opdaterede aftale og supplerende anbefalinger for implementering på det psykiatriske område træder i kraft den 1. april 2024, hvor der skal foreligge politisk godkendelse fra parterne.

### **5. Generelle overvejelser om implementering og opfølgning**

---

<sup>6</sup> Kommunale sundhedsprofessionelle forstås som autoriserede sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter.





En samarbejdsaftale som bygger på seks principper for samarbejdet mellem kommune, hospital, det regionale socialområde og praktiserende læge kræver en velovervejet implementering og opfølgning. Derfor er der for henholdsvis psykiatrien og somatikken beskrevet anbefalinger til implementering og opfølgning i bilag 1 og 2.

## Bilag 1: Somatikken: Anbefalinger til implementering og opfølgning

Nedenfor er anbefalinger til implementering og opfølgning på aftalen i somatikken beskrevet. Derudover er der udarbejdet et tillæggsdokument til samarbejdsaftalen med en implementeringsplan. Dette bilag er en del af den oprindelige aftale, som blev godkendt i 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 ned sættes en midlertidig gruppe hertil som også udvikler et opfølgningsdesign. Gruppen skal binde implemen-



terings- 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?

## Bilag 2: Opmærksomhedspunkter i forbindelse med implementering af samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivelse i psykiatrien

### Indledning og formål

Samarbejdsaftale om den gode indlæggelse og udskrivelse (se aftalen her) er en aftale mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, der har til formål at sikre gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb for midtjyske borgere. Aftalen blev godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget i december 2020 og trådte i kraft 1. juni 2021 efter at være blevet politisk godkendt i Region Midtjylland og de 19 midtjyske kommuner.

Aftalen har hidtil alene omfattet somatikken, da der på tidspunktet for udarbejdelsen af aftalen ikke var etableret en aftale om elektronisk kommunikation med det kommunale og regionale socialområde. Den eksisterende aftale om anvendelse af korrespondancebreve er i mellemtiden blevet revideret, således det kommunale og regionale socialområde også er forpligtet til at modtage elektronisk kommunikation<sup>7</sup>. Derfor skal samarbejdsaftalen nu også omfatte borgere med psykisk sygdom.

Til det formål har 'Arbejdsgruppen for den gode indlæggelse og udskrivelse – psykiatri' udarbejdet nærværende notat med anbefalinger til implementering af samarbejdsaftalen og dens principper for borgere med psykisk sygdom.

Anbefalingerne supplerer således Samarbejdsaftale for den gode indlæggelse og udskrivelse. Formålet er at understøtte implementering af samarbejdsaftalen for borgere med psykisk sygdom og give en ramme for de lokale drøftelser og aftaler i klyngerne i forbindelse med implementering af samarbejdsaftalen.

De nye parter, der nu er omfattet af samarbejdsaftalen, er:

- Psykiatrien i Region Midtjylland
- det kommunale socialområde
- det kommunale børne- og ungeområde
- det regionale socialområde

#### **Princip 1: Inddragelse af borgeren og de pårørende:**

*Vi anbefaler at arbejde hen mod en fælles digital løsning, der inddrager borgeren i eget forløb, giver et samlet overblik over aftaler og gør det nemt at komme i kontakt med fagprofessionelle mv. (inspireret af den digitale forløbsguide eller lignende løsninger).*

Ved implementering af princippet om inddragelse af borgeren og de pårørende i psykiatrien er vi særlig opmærksomme på:

- At inddrage pårørende/bostøtter/lign. for borgeren i forløbet så tidligt som muligt, såfremt borgeren ønsker at inddrage eget netværk.
- At der kan være situationer, hvor der er behov for mere håndholdt kommunikation for at understøtte og sikre sammenhængende patientforløb, fx hvis en borger ikke kan overskue at møde op til en aftale, eller hvis man har en formodning om, at borgeren ikke tjekker sin digitale postkasse. Her kan det være relevant - med kort varsel - at etablere en digital eller telefonisk kontakt.
- At det i enkelte tilfælde kan være relevant at anvende aftalekort<sup>8</sup> med en samlet plan fra kommunen, fra ambulatoriet og fra sengeafdelingen, således at borgeren har en plan i hånden, når vedkommende udskrives.

#### **Princip 2: Et fælles ansvar at sikre det gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb for borgeren**

<sup>7</sup> Psykiatrien i Region Midtjylland bruger fortsat plejeforløbsplaner og udskrivningsaftaler via MedCom, hvis borgeren er tilknyttet ældreområdet i kommunen. Dvs. at de øvrige MedCom-standarder fortsat skal anvendes, hvor det er relevant. Korrespondancebrevet skal således kun tages i brug, når der ikke er andre muligheder for elektronisk kommunikation.

<sup>8</sup> Aftalekort er udviklet og anvendes i Gødstrupklyngen inden for det somatiske område.

*Vi anbefaler en øget opmærksomhed på ligestilling mellem psykiatriske og somatiske patienter med fokus på lighed i sundhed.*

Ved implementering af princippet om, at det er et fælles ansvar at sikre det gode sammenhængende indlæggelses- og udskrivelsesforløb for borgeren i psykiatrien, er vi særlig opmærksomme på:

- At ingen borgere må falde mellem to stole. Det er især relevant ift. borgere tilknyttet den regionale eller kommunale psykiatri, og som bor i eget hjem.
- At vi skal arbejde på en måde, så borgeren oplever sektorerne som et sammenhængende og helhedsorienteret system – både forløbsmæssigt og fagligt. Det bliver derfor naturligt, at vi ser samarbejdet på en måde, hvor vi også bliver hinandens forudsætning. Dette gælder også i forhold til etablering af rettidige initiativer og handlinger, som sikrer borgeres mulighed for at blive i eget hjem og så vidt muligt fortsætte sit hverdagsliv.
- At alle relevante medarbejdere hos de involverede parter kender grundvilkår og de fælles rammer for opgaveløsningen, og at parterne løbende er i dialog herom for at sikre den rette forventningsafstemning med borgerne.

### **Princip 3: Den gode udskrivelse starter ved indlæggelsen:**

*Vi anbefaler at arbejde hen mod en sidestilling af de digitale kommunikationsmuligheder inden for psykiatrien med de digitale kommunikationsmuligheder inden for somatikken (via MedCom).*

Ved implementering af princippet om, at den gode udskrivelse starter ved indlæggelsen i psykiatrien, er vi særligt opmærksomme på:

- Hvad der er rammerne for at bruge korrespondancebrevet jf. gældende aftale for anvendelse af korrespondancebrevet mellem hospitaler, det regionale socialområde, kommuner og almen praksis i Region Midtjylland (se aftalen her)
- Så tidligt som muligt at tage kontakt til kommunen ved indlagte borgere, hvor der efterfølgende forventes at være en kommunal indsats. Der bør især være fokus på børn og unge (en del børn og unge er ikke på forhånd kendt i kommunalt regi) og henviste borgere fra egen læge.

### **Princip 4: Videndeling og realistiske oplysninger**

*Vi anbefaler at arbejde hen mod en sidestilling af de digitale kommunikationsmuligheder inden for psykiatrien med de digitale kommunikationsmuligheder inden for somatikken (via MedCom).*

Ved implementering af princippet om vidensdeling og realistiske oplysninger i psykiatrien, er vi særlig opmærksomme på:

- At vi forud for en indlæggelse og en udskrivelse deler relevante oplysninger om borgeren, herunder at oplysningerne er opdaterede og realistiske. Ved realistiske oplysninger menes oplysninger, der ikke forventes ændret f.eks. oplysninger om udskrivelsestidspunktet, forventning om borgerens funktionsniveau eller plan for borgerens plejebehov.
- At vi ved indlæggelse er opmærksomme på, at overlevering af oplysninger om borgeren skal ske ved brug af korrespondancebrev, og at der suppleres med telefonisk kontakt ved behov.



**Princip 5: Relationsdannelse, gensidig tillid og dialog**

Vi anbefaler, at vi tværsektorielt og tværfagligt vedvarende har fokus på at styrke de gode relationer, gensidig tillid og dialog – også ift. nye medarbejdere.

Ved implementering af princippet om relationsdannelse, gensidig tillid og dialog i psykiatrien, er vi særlig opmærksomme på:

- At vi løbende arbejder på gensidig relationsdannelse og byggen bro mellem sektorerne, idet vi konkret arbejder på at styrke relationerne og netværk mellem klinikere, sagsbehandlere, kontakten på bostøtten mv., så implementeringsarbejdet foregår på alle niveauer. Det kan eksempelvis foregå ved at lave 'fælles skolebænk', netværk eller audits på udfordrende/komplekse borgerforløb.
- At sætte fokus på, at det ikke kun er den regionale psykiatri, men også kommunen, almen praksis og eventuelt borgeren selv, der har mulighed for at bede om et tværgående dialogmøde angående den pågældende borger.
- At det er hospitalet, der har initiativpligten til ved en udskrivelse at invitere relevante parter til at bidrage til udarbejdelse af udskrivningsaftale samt koordinationsplan. Det er essentielt, at parterne prioriterer at deltage i udarbejdelsen af de pågældende dokumenter. Det anbefales samtidig, at den regionale psykiatri så vidt muligt sender udskrivningsaftale og koordinationsplan til kommunen, bosteder, egen læge og andre relevante parter.

**Princip 6: Fælles forberedelsestid**

*Vi anbefaler, at parterne løbende har fokus på at sikre, at der blandt medarbejderne – og især blandt nye medarbejdere – er en forståelse af, hvad princippet om fælles forberedelsestid indebærer. For nærmere uddybning af fælles forberedelsestid henvises til Samarbejdsaftalen om den gode indlæggelse og udskrivelse.*

Ved implementering af princippet om fælles forberedelsestid i psykiatrien, er vi særlig opmærksomme på:

- At vi har øje for, at vi har et fælles ansvar for at forberede og sikre et godt indlæggelses- og udskrivelsesforløb for borgeren. Det betyder, at vi har respekt og øje for, at vi både sammen og hver især har behov for at forberede indlæggelser og udskrivelser, og at vi derfor hurtigst muligt overleverer relevante, opdaterede og realistiske oplysninger jf. ovenstående under princip om 'Videndeling og realistiske oplysninger'
- At vi konkret anvender korrespondancebreve til overlevering af oplysninger om borgeren for det videre forløb, såfremt øvrige MedCom-standarder ikke kan bruges.

