
Revideret rammeaftale

om anvendelse af MedCom7
hjemmepleje-sygehus
standarder

Version 2

1 Indledning

Denne rammeaftale omhandler anvendelse af elektronisk kommunikation i samarbejdet om indlæggelse og udskrivning af patienter mellem hospitaler og kommuner i Region Midtjylland. Med opdateringen af MidtEPJ den 3. februar 2013 bliver det muligt for hospitalerne i Region Midtjylland at afsende og modtage de fire MedCom7 hjemmeplejesygehus standarder:

- Indlæggelsesrapport
- Plejeforløbsplan
- Melding om færdigbehandling
- Udskrivningsrapport

Rammeaftalen udgør et tillæg til *Sundhedsaftalerne 2011 – 2014* og *Det Gode Elektroniske Patientforløb - Plan for elektronisk kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospitaler*.

Den oprindelige rammeaftale indeholdt en bestemmelse om, at der skulle foretages en opfølgning og eventuel revision efter 1 år. På baggrund af tilbagemeldingerne fra regionshospitalerne og kommunerne i Region Midtjylland har Temagruppen for sundheds-it og digitale arbejdsgange besluttet at igangsætte og gennemføre revisionen i foråret 2014.

1.1 Mål for aftalen

Aftalen skal medvirke til:

- At sikre rettidig afklaring, formidling af og dialog om borgerens behov ved indlæggelse og udskrivning.
- At sikre koordination af udskrivningsforløbet mellem aktørerne i sundhedssamarbejdet.
- At sikre, at den elektroniske kommunikation er struktureret, præcis, relevant og anvendelig.

1.2 Dialog og samarbejde

Udskrivningen starter ved indlæggelsen. En tidlig og relevant dialog om borgerne skal være med til at styrke samarbejdet mellem det sundhedsfaglige personale, der er involveret i patientforløbet og være med til at sikre, at borgerne kan udskrives så hurtigt og sikkert som muligt samt bidrage til at forebygge genindlæggelser. Parterne ønsker derfor at understrege, at rammeaftalen ikke erstatter behovet for en fortsat god og ligeværdig dialog parterne i mellem.

Nutidens accelererede patientforløb betyder endvidere, at det fortsat vil være nødvendigt med telefonisk koordination mellem hospital og kommune.

1.3 Omfang af aftalen

Rammeaftalen gælder de 5 somatiske hospitalsenheder, Regionspsykiatrien og de 19 kommuner i Region Midtjylland.

1.4 Målgruppe for aftalen

- Sundhedsfaglige ledelser i kommunerne og på hospitalerne.
- Sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne.
- Sundhedsfaglige medarbejdere på de kliniske sengeafdelinger på hospitalerne.

1.5 Arbejdsgange

Aftalen beskriver de overordnede rammer for anvendelse af de fire hjemmepleje-sygehus standarder, som er indeholdt i MedCom7.

1.6 Kommunal forberedelsestid

Sundhedsaftalens bestemmelser om indlæggelse og udskrivning udgør fundamentet for denne rammeaftale, hvorfor rammeaftalen ikke ændrer på varslingsfristerne ift, den kommunale forberedelsestid for sundhedsaftalens 4 udskrivningstyper:

Type 2A: Patienten har efterfølgende KUN brug for SYGEPLEJEYDELSER

Type 2B: Patienter med SAMME FUNKTIONSEVNE OG FORTSAT BEHOV FOR
KOMMUNALE YDELSER

Type 2C: Patienter med NEDSAT FUNKTIONSEVNE, ÆNDRET BEHOV eller NYOPSTÅET
BEHOV for kommunale ydelser

Type 2D: Patienter med NEDSAT FUNKTIONSEVNE, ÆNDRET BEHOV FOR
STØRRE/SPECIELLE HJÆLPEMIDLER OG BOLIGÆNDRINGER

*<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Den%20generelle%20aftale/lommehaandbog-somatiske-del.pdf>

1.7 Oplysninger om medicin

Medicinoplysningerne skal være afstemt inden udskrivningsrapporten sendes. Hospitalet har endvidere mulighed for at medgive patienten en udskrift af medicinlisten, som efterfølgende kan overdrages til kommunen.

1.8 Borgere som ikke er registreret i kommunens omsorgssystem

Hvis borgeren ikke er registreret i kommunens omsorgssystem, vil hospitalet ikke modtage en indlæggelsesrapport. Patienten følger de udskrivningsforløb, som er beskrevet i *Sundhedsaftalen 2011-2014* herunder de aftaler, som er indeholdt i denne rammeaftale.

1.9 Terminale patientforløb

I *Sundhedsaftalen 2011-2014* fremgår det, at patienter, der lægeligt vurderes som terminale, ikke skal registreres som færdigbehandlede. MedCom standarden *Melding om færdigbehandling* skal således ikke anvendes ved terminale patientforløb.

1.10 Akutambulante patientforløb

Der findes i dag en gruppe akutambulante patienter, der kan befinde sig i akutmodtagelsen i over 24 timer, hvor hjemkommunen ikke vil modtage et indlæggelsesadvis.

Med henblik på at styrke kommunikationen omkring denne type patienter anbefales det, at der nedsættes en arbejdsgruppe, som kan formulere en regional aftale vedrørende arbejdsgange for denne type indlæggelser, i de tilfælde, hvor patienten vil have behov for kommunale ydelser efter udskrivelse.

1.11 Opfølgning og revision

Temagruppen for sundheds-it og digitale arbejdsgange vurderer løbende behovet for at revidere rammeaftalen og efter i foråret 2015 vil temagruppen vurdere behov for en revision af den foreliggende rammeaftale.

1.12 Ikrafttræden

Rammeaftalen er politisk godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland den 7. marts 2013.

Den reviderede rammeaftale træder i kraft efter godkendelse i Temagruppen for sundheds-it og digitale arbejdsgange.

2. Indlæggelsesrapport

Hospitalspersonalet har ofte brug for en række sundhedsfaglige oplysninger fra kommunen for at kunne iværksætte den bedst mulige behandling af patienten og for at kvalificere dialogen mellem hospital og kommune. Indlæggelsesrapporten indeholder disse oplysninger og sendes fra kommune til hospitalet.

Indlæggelsesrapporten afsendes automatisk, når der modtages et indlæggelsesadvis i kommunens omsorgssystem på borgere, som modtager hjemmehjælpsydelse og/eller hjemmesygepleje.

Det sundhedsfaglige personale i kommunerne har mulighed for at fremsende en manuelt ajourført indlæggelsesrapport med relevante oplysninger vedrørende eksempelvis årsag til indlæggelse, oplysninger om aktuell helbredstilstand osv..

Indlæggelsesrapport	
Emne	Aftale
Automatisk indlæggelsesrapport	Hvis borgeren er registreret i det kommunale omsorgssystem, sender kommunens EOJ en automatisk indlæggelsesrapport til hospitalet med de informationer, der er registreret, om: <ul style="list-style-type: none">- Kommunale kontaktoplysninger- Egen læge- Oplysninger om pårørende- Hjælpebidrag/Behandlingsredskaber- Serviceydelser- Den kommunale medicinoversigt- Funktionsevnevurdering - den habituelle fra før indlæggelsen
Manuel indlæggelsesrapport	Den manuelle indlæggelsesrapport sendes, når hjemmeplejen har været involveret i indlæggelsen og/eller har supplerende information, og hvis den automatisk generede ILR ikke er opdateret. Den manuelle indlæggelsesrapport skal være afsendt inden for 24 timer, dog kan der undtagelsesvis afsendes en manuel indlæggelsesrapport efter 24 timer. Hospitalet kan anmode om dette.
Medicinoplysninger	Medicinoversigten i indlæggelsesrapporten indeholder de lægemiddelordinationer, som kommunen administrerer til borgeren. Under medicin i feltet "Ansvar" oplyses det, om kommunen har ansvar for medicinering – informationen udledes fra borgeres tildelte ydelser. Medicindata oplyses, hvis borgeren har en ydelse på medicingivning og/eller medicinadministration *MedCom – Den gode XML indlæggelsesrapport: http://www.medcom.dk/dwn3108

Hjælpemidler	Hjælpemidler tilføjes i den manuelle indlæggelsesrapport under det relevante fritekstfelt, hvis det/de ikke optræder i den automatiske indlæggelsesrapport
Ved flere indlæggelsesrapporter	Det er altid den manuelle indlæggelsesrapport under det aktuelle indlæggelsesforløb i Midt EPJ, som er retningsgivende.

3. Plejeforløbsplan

Kommunerne har ofte behov for en række informationer vedrørende borgerens helbredstilstand for at kunne forberede hjemtagelsen. Ideen med plejeforløbsplanen er, at hospitalet kan orientere kommunen om borgerens forventede helbredsstatus ved udskrivning samt forventet tidspunkt for udskrivelse. Plejeforløbsplanen sendes manuelt fra hospital til kommune.

Plejeforløbsplanen indeholder blandt andet information om tidspunkt for forventet færdigbehandling og udskrivning, forventet funktionsevne ved udskrivelsen, behov for yderligere koordinering osv..

Plejeforløbsplan	
Emne	Aftale
Anvendelse af plejeforløbsplanen	Ved alle patienter, der efter udskrivelsen skal have kommunale ydelser, bør der fremsendes plejeforløbsplan under hensyn til den kommunale forberedelsestid - se under dette.
Hvornår afsendes plejeforløbsplan?	Ved forløb under 24 timer: Der tages telefonisk kontakt i.h.t. den kommunale forberedelsestid og Plejeforløbsplan anvendes ikke. Ved forløb over 24 timer: Plejeforløbsplan anvendes ved alle patienter, der har behov for kommunale serviceydelser efter udskrivelse. Plejeforløbsplanen afsendes hurtigst muligt når der foreligger en realistisk plan/forventning om borgerens plejebehov ved udskrivelse. Der sendes ny plejeforløbsplan, hvis dette ændrer sig under indlæggelsen.
Kommunal forberedelsestid	Hospitalet kan anvende Plejeforløbsplanen til at varsle kommunen om det forventede færdigbehandlingstidspunkt således at kommunen får mulighed for at forberede hjemkomsten af den pågældende borger. Sundhedsaftalens bestemmelser om den kommunale forberedelsestid er fortsat gældende. En plejeforløbsplan kan erstatte sundhedsaftalens krav om telefonisk kontakt ved udskrivelser af nedenstående udskrivningstyper, hvis den afsendes senest klokken 12 på varslingsdagen: Type 2A: Patienten har efterfølgende KUN brug for SYGPLEJEYDELSER Type 2B: Patienter med SAMME FUNKTIONSEVNE OG FORTSAT BEHOV FOR KOMMUNALE YDELSER Type 2C: Patienter med NEDSAT FUNKTIONSEVNE, ÆNDRET BEHOV eller NYOPSTÅET BEHOV for kommunale ydelser Type 2D: Patienter med NEDSAT FUNKTIONSEVNE, ÆNDRET BEHOV FOR

	<p style="text-align: center;">STØRRE/SPECIELLE HJÆLPEMIDLER OG BOLIGÆNDRINGER</p> <p>Hvis der kræves samme dags behandling skal kommunen varsles telefonisk evt. kombineret med plejeforløbsplanen, med mindre plejeforløbsplanen er afsendt tidligere i forløbet.</p> <p>Sygeplejeydelser, der kræver oplæring, skal aftales senest dagen før udskrivelse.</p> <p>*Link til Sundhedsaftalen 2011-2014: http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Den%20generelle%20aftale/lommehaandbog-somatiske-del.pdf)</p>
<p>Spørgsmål vedr. plejeforløbsplan via korrespondance</p>	<p>Kommunen har mulighed for at stille spørgsmål i forlængelse af modtagelse af en plejeforløbsplan. Hospitalets plejepersonale læser modtagne korrespondancebreve i alle vagter vedr. patienter, hvor der er afsendt en plejeforløbsplan.</p> <p>Kommunen sender korrespondancebrevet til det lokationsnummer, som er afsender af plejeforløbsplanen.</p> <p>Korrespondancebrevets emne skal være: "<i>Vedr. plejeforløbsplan</i>".</p>
<p>Udvidet koordinering</p>	<p>For visse patienter vil der fortsat være behov for udvidet koordinering fx i form af telefonisk kontakt og/eller udskrivningskonference samt aftaler om oplæring og hjælpemidler. Hospitalet er ansvarlig for at igangsætte en udvidet koordinering.</p>

4. Melding om færdigbehandling

Melding om færdigbehandling fremsendes fra hospital til kommune samtidig med, at patienten registreres som færdigbehandlet. Hospitalet sender en automatisk servicemeddelelse til hjemkommunen om, at en borger er registreret færdigbehandlet i MidtEPJ.

Melding om færdigbehandling	
Emne	Aftale
Anvendelse af melding om færdigbehandling	<p>I sin planlægning af udskrivelsen af den enkelte patient søger hospitalets personale - i størst muligt omfang - at sikre sammenfald mellem den faktiske udskrivelsesdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet. Det betyder også, at det tidspunkt, hvor patienten registreres som færdigbehandlet på hospitalet, ikke kan ændres, selv om det ikke stemmer overens med de kommunale forberedelsestider.</p> <p>Hvis en færdigbehandlet borger ikke kan hjemtages af kommunen, skal hospitalet sende en Melding om færdigbehandling.</p>

5. Udskrivningsrapport

Med den elektroniske udskrivningsrapport kan hospitalet viderebringe relevant information til kommunen om indlæggelsesforløbet, herunder om der er et eller flere plejebenhov, som bør fortsætte efter borgeren er udskrevet. Udskrivningsrapporten giver endvidere hospitalet mulighed for at oplyse hjemkommunen om funktionsevne, hjælpemidler, medicinændringer, aftaler om kost, genoptræningsplan osv. Udskrivningsrapporten sendes manuelt fra hospital til hjemkommune.

Udskrivningsrapport	
Anvendelse af udskrivningsrapporten	Alle indlagte patienter, som har/skal have kommunale hjemmeplejeydelser. Udskrivningsrapporten anvendes ikke ved indlæggelser, som har karakter af at være en ambulans kontakt, og hvor borgeren ikke får kommunale ydelser efter sundhedsloven/serviceloven.
Tidspunkt for afsendelse	Udskrivningsrapporten sendes senest 2 timer efter udskrivelsen.
Medicinoplysninger i udskrivningsrapporten	Medicin være afstemt inden udskrivningsrapporten sendes. Medicinliste og udskrivningsrapport kan udskrives og medgives patienten.
Ved spørgsmål til udskrivningsrapporten	Kommunen tager telefonisk kontakt.

6. Flowskema over elektronisk kommunikation ved indlæggelse og udskrivning



