



Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser

Indlæggelsesrapport XDIS16
Plejeforløbsplan XDIS21
Melding om færdigbehandling XDIS19
Udskrivningsrapport XDIS18

Elektronisk udgave
Kan printes i A4-format

medcom

Indholdsfortegnelse

3	Indledning
4	Kort om MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser
6	Hvad er det nye i hjemmepleje-sygehusmeddelelserne?
8	Trin for trin guide til indlæggelsesrapport
16	Trin for trin guide til plejeforløbsplan
22	Trin for trin guide til melding om færdigbehandling
26	Trin for trin guide til udskrivningsrapport
32	Ordliste/forklaring af begreber
35	Bilag
35	Funktionsevne
40	Sygeplejefaglige problemområder
42	Fælles Sprog III
43	Links

Indledning

Denne trin for trin guide er en vejledning til sundhedsfagligt personale i kommuner og på sygehuse/hospitaler i anvendelse af MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser. I guiden bliver felterne i hjemmepleje-sygehusmeddelelserne gennemgået trin for trin og bagerst i guiden findes en ordliste, som forklarer centrale ord og begreber. Der er markeret med * ud for de ord, som findes i ordlisten.

MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser anvendes som elektronisk kommunikationsredskab mellem sygehus og kommune, i forløbet med indlæggelse og udskrivelse af en patient/borger, som får hjælp og støtte i kommunen, eller får behov for det, efter udskrivelsen. Hjemmepleje-sygehusmeddelelserne er implementeret i alle regioner og kommuner, som en del af sundhedsaftalerne*. Dog er de ikke fuldt implementeret i kommunikationen mellem den regionale psykiatri og socialområdet i kommunen (status april 2016).

MedComs standarder for hjemmepleje-sygehusmeddelelser er opdateret på baggrund af behandling af ændringsønsker i MedComs hjemmepleje-sygehusgruppe og kommune-sygehusleverandørgruppe, som er gennemført i MedCom9-perioden (2014–15).

Guiden er udarbejdet på baggrund af den nye version af hjemmepleje-sygehusmeddelelserne, som implementeres i regioner og kommuner i 2016 og har primært fokus på at fungere som opslagsværk til anvendelse af felterne i meddelelserne.

* Se ordliste

MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser

Her får du en kort introduktion til de fire standarder for kommunikation mellem kommune og sygehus.

De fire hjemmepleje-sygehusmeddelelser er:

Indlæggelsesrapporten. Sendes fra kommunen til sygehuset. Indeholder oplysninger om borgerens ydelser, hjælpemidler, funktions- evne og sygeplejefaglige problemer. Indlæggelsesrapporten sendes automatisk* ved modtagelse af indlæggelsesadvis* fra sygehuset. Der kan være behov for at sende en manuel* opdateret version med yderligere relevante oplysninger, fx ændringer i borgerens funktions- evne, oplysninger om pårørende og aktuelle tilstande forud for ind- læggelsen.

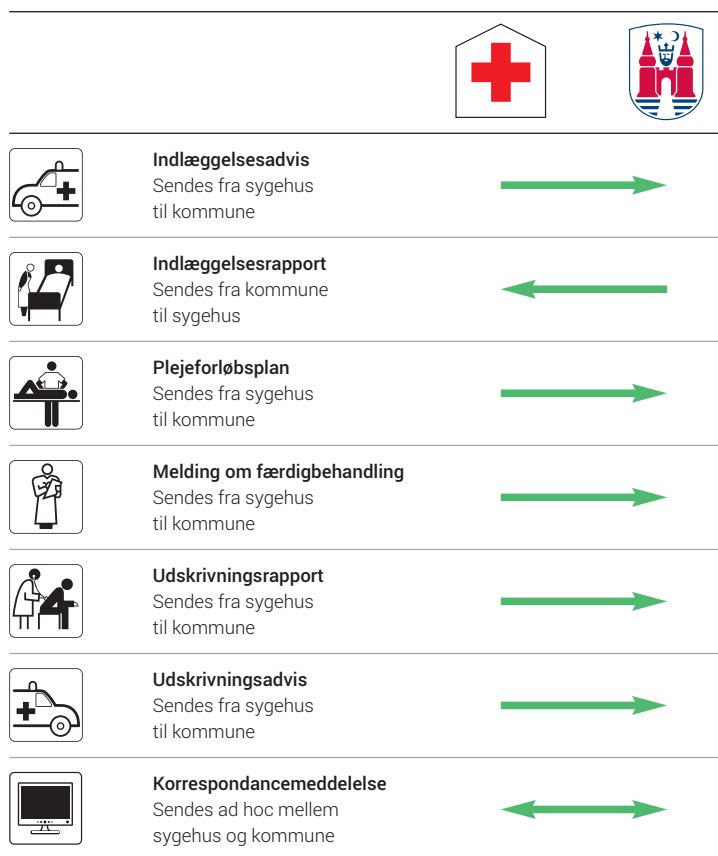
Plejeforløbsplanen. Sendes fra sygehus til kommune inden hjem- sendelse og har til formål at oplyse borgerens hjemkommune om eventuelle ændringer i borgerens funktionsevne/plejebehov. Pleje- forløbsplanen kan også anvendes som advisering og planlægnings- redskab i forhold til sundhedsaftaler*, og som oplæg til udskriv- ningskonference.

Melding om færdigbehandling*. Sendes fra sygehus til kommune. Er en administrativ servicemeddelelse, uden sundhedsfagligt ind- hold, som sikrer, at borgerens hjemkommune får elektronisk besked om, at borgeren er registreret færdigbehandlet på sygehuset. Med- delelsen kan gensesendes, hvis sygehusbehandling af en færdigmeldt patient genoptages.

Udskrivningsrapporten. Sendes fra sygehus til kommune, når pati- enten udskrives. Den indeholder status/resumé af forløbet og rele- vante sundhedsfaglige oplysninger vedrørende borgerens aktuelle indlæggelse, funktionsevne, diagnoser og behov for pleje og behand- ling fremadrettet.

Korrespondancemeddelelsen*. Udover de fire standarder kan korre- spondancemeddelelsen, som er en fritekstmeddelelse, bruges sup- plerende i forløbet.

Meddelelsesflow hjemme- pleje-sygehusmeddelelser



Udover meddelelserne ovenfor sendes også automatiske kvitteringer mellem modtager og afsendersystem. Der findes enten positive eller negative kvitteringer*.

Lovgivning

Som udgangspunkt kræver udveksling af hjemmepleje-syge- husmeddelelser patientens samtykke*, dog udveksles indlæg- gelses- og udskrivningsadviser automatisk uden patientens samtykke, inden for de rammer, der er beskrevet i retssikker- hedslovens §12c. Lovgivning omkring udveksling af helbreds- oplysninger er beskrevet i Sundhedslovens kapitel 9. Link til konkret lovgivning findes i afsnittet links.

* Se ordliste

Hvad er det nye i hjemmepleje-sygehusmeddelelserne?

I den nye version af hjemmepleje-sygehusmeddelelserne er der ændringer til en række felter og der er tilføjet nye felter. Sammen med den nye version indføres også en teknisk flowmodel*, som binder meddelelser i samme flow teknisk sammen og bidrager til klinisk overblik. Som følge af regioners og kommuners ibrugtagning af det fælles medicinkort, FMK, medsendes medicinlisten ikke længere. Der er dog mulighed for at kommunernes EOJ* system kan medsende lokale ordinationer*, som ikke fremgår af FMK.

For at øge fleksibiliteten i anvendelsen af meddelelserne er en række krav om obligatorisk udfyldelse af felter og feltlængdebegrænsninger, ophævet¹.

De konkrete ændringer i indholdet i standarderne er:

Funktionsevneområderne forenkles og omfatter primært egenomsorg.

Der er mulighed for at anvende funktionsevne scoreværdien "ikke relevant".

Det er muligt overordnet at markere funktionsevneafsnittet som "ikke relevant".

Sygeplejefaglige problemområder* er tilføjet. Det første problemområde "funktionsevne" er udeladt, da det findes i standarderne i forvejen.

Der er tilføjet kodefelter* til funktionsevne, ydelser og sygeplejefaglige problemområder, så der på sigt kan udveksles klassificerede data².

Smitterisiko er tilføjet i indlæggelsesrapporten.

Kontakter i kommunen grupperes efter type*.

Forsendelse af medicinpræparater udgår (Fælles Medicinkort, FMK anvendes).

Medicinpræparater, som er markeret som lokale i EOJ* systemet og ikke fremgår af FMK, kan medsendes i indlæggelsesrapporten, som lokale ordinationer.

Felter til seneste depotmedicin givning og seneste PN medicin givning er tilføjet i indlæggelsesrapporten og udskrivningsrapporten.

Beskrivelse af helbredstilstand udgår i indlæggelsesrapporten.

Feltet sygeplejehandlinger udgår i udskrivningsrapporten.

Visning af serviceydelser i indlæggelsesrapporten forenkles og ensrettes.

I plejeforløbsplan gives mulighed for at markere behov for anden kommunal indsats og behov for psykiatri udskrivningsaftale/koordinationsplan*.

Mulighed for at gensende Melding om Færdigbehandling, når behandling på færdigbehandlet patient genoptages.

Der er mulighed for at medsende links under afsnittet Referencer/bilag*.

¹ På MedComs hjemmeside kan du hente yderligere information vedr. ændringer i hjemmepleje-sygehusmeddelelser version 1.0.3. <http://medcom.dk/standarder/kommunestandarder/ny-version-hjemmepleje-sygehusstandarder-103>

² Ændringer i funktionsevne og sygeplejefaglige problemområder er tilpasset det fælles kommunale Fælles Sprog III, som skal være implementeret i kommunerne inden udgangen af 2017. www.fs3.nu.dk

* Se ordliste

Trin for trin guide til Indlæggelsesrapport

Mange felter i indlæggelsesrapporten bliver udfyldt automatisk med eksisterende data fra EOJ* systemet. Der kan være forskelle fra kommune til kommune. Det følgende er et eksempel på en udfyldt

indlæggelsesrapport og skabelonen er også et eksempel på en visning af indlæggelsesrapporten.

I eksemplet her er alle felterne udfyldt og på de følgende sider gennemgås alle felter trin for trin. I praksis kan der ofte være felter, som ikke er udfyldt for den konkrete borger. De røde M'er angiver at feltet skal indeholde tekst/data for at meddelelsen kan sendes. Der er markering udfor de felter, som typisk vil kræve manuel opdatering af indlæggelsesrapporten.

1. Modtager

Modtagersygehus, afdeling, hvorfra indlæggelsesadvis er modtaget.

2. Afsender

Information om afsender-enhed i kommunen, herunder lokationsnummer, kommune-nummer samt organisation.

3. Patient

Patientens cpr. nr., navn, adresse og telefonnummer. Der er mulighed for at medsende C/O adresse, hvis patientens indlægges fra aflastningsenhed. Der er mulighed for at anvende erstatningscpr. nr.

4. Egen læge

Navn, telefonnummer og ydernummer på patientens læge.

5. Pårørende/relationer

Navn og kontaktoplysninger på pårørende/relationer.

6. Er informeret

Marker her, om den pårørende er informeret om indlæggelse.

Manuel
op-
datering

7. Kommentar

Skriv særlige forhold vedr. patientens pårørende, som er vigtige for sygehuset at vide.

8. Kontakt i kommunen*

Kontaktoplysninger og telefonnummer og træffetider til det eller de steder, patienten er tilknyttet i kommunen. Typen af kontaktsted* skal angives og kan fx være hjemmepleje, hjemmesygepleje eller bosted med flere.

Indlæggelsesrapport	
Modtager	Afsender
Lokationsnr. 5790001354145 ^M	Lokationsnr. 5790000121441 ^M
Sygehusafdeling nummer 4202360 ^M	Kommunenumm er 461 ^M
Enhed Q	Enhed Æbleblomsten
Afdeling Infektionsmedicinsk Afdeling	Afdeling Hjemmeplejen
Organisation Odense Universitetshospital	Organisation Odense kommune ^M
Adresse Sdr. Boulevard 29 5000 Odense C	Adresse Flakhaven 2 5000 Odense C
	Tlf. +4566131372
	Kontaktperson Ellinor Strøm +4566131372
Patient	Egen læge
CPR nr. XXXXXX-XXXX ^M	Ydernummer 037974
Navn Nancy Ann Berggren ^M	Navn Arne Agertoft & Hanne Petersen
Adresse Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallese	Tlf. +4566112101
Tlf. +45XXXXXXX	
Job Pensionist	
Pårørende / Relationer	
Type Ægtefælle	Type Værge
Navn May June Moberg	Navn Mads Jensen
CPR nr. XXXXXX-XXXX	Adresse Hindbærvej 21 5260 Odense S Hjallese
Adresse Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallese	Er informeret Ja
Privatnummer +45XXXXXXX	
Arbejdsnummer +45XXXXXXX	
Mobilnummer +45XXXXXXX	
Er informeret Ja	
Kommentar til pårørende	
Ægtefælle er bortrejst og kontakt skal ske til værge Mads Jensen.	
Kontakt i kommunen^M	
Hjemmesygepleje	
Navn Distrikt 3 Dagvagt sygepleje	
Tlf. 66137272/4065	
Tidsrum Alle dage 7-15	
Hjemmesygepleje	
Navn Distrikt 3 Aftenvagt sygepleje	
Tlf. 66137272/4067	
Tidsrum Alle dage 15-23	
Hjemmepleje	
Navn Distrikt 3 Hjemmehjælp	
Tlf. 66137272/4069	
Tidsrum Hele døgnet	

* Se ordliste

9. Ydelser

Oversigt over patientens aktuelle ydelser og hyppighed i kommunen, inddelt efter ydelsestype*. Ydelsestypen kan fx være praktisk hjælp, sygepleje mv.

10. Madleverance

Oplysninger om patienten får madleverance angives under øvrige ydelser.

11. Boligtype

Hvis patienten er visiteret til en bolig i kommunen, medsendes oplysninger om typen af bolig, f.eks. ældrevenlig bolig, plejebolig.

12. Kommentar til ydelser

Supplerende oplysninger vedr. de ydelser, borgeren modtager i kommunen. Vil typisk udfyldes ved en manuel opdatering af indlæggelsesrapporten.

Manuel
op-
datering

13. Hjælpemidler/behandlingsredskaber

Her angives oplysninger om patientens hjælpemidler. Det er en fordel, hvis EOJ* systemet kan levere HMI-nr.

14. Kommentar til hjælpemidler/behandlingsredskaber

Kommentarer vedr. hjælpemidler. Hvis der er bestilt hjælpemidler, som ikke er leveret endnu, kan det tilføjes i kommentarfeltet.

Manuel
op-
datering

15. Aktuell medicin/lokale ordinationer

Oplysninger om aktuell medicin, som ikke findes i FMK, men som er registreret som lokale ordinationer i EOJ* på afsendelsestidspunktet. Ofte er det håndkøbsmedicin.

16. Cave

Her angives lægemidler (eller indholdsstoffer), som patienten er allergisk overfor.

17. Kommentar til aktuell medicin

Der kan tilknyttes kommentarer til medicinen, fx om medicinindtagelsen eller specifikke oplysninger om medicin efter skema.

Manuel
op-
datering

Ydelse: Sygepleje

9

Sårbehandling

Sårskift dagligt

Medicinadministration

Hver 2. uge

Plasterskift

Smerteplasterskift hver 7. dag

Ydelse: Personlig pleje

Personlig hygiejne

Dagligt 10 min.

Ernæring

Indtagelse af mad og drikke dagligt morgen, middag og aften 30 min.

Ydelse: Praktisk hjælp

Rengøring

60 min. hver 14 dag

Indkøb

Indkøbsordning 10 min. hver uge

Ydelse: Træning

Vedligeholdelsestræning af færdigheder

30 min. 2 gange ugentlig

Ydelse: Øvrige ydelser

10

Madleverance

Middagsmad 7 dage ugentlig

Ydelse: Ydelser uspecificeret

Værkstedaktivitet

2 gange ugentlig

Ydelse: Boligtype

11

Ældrebolig

Kommentar til ydelser

12

Nancy ønsker ikke at se sår, under sårskift. Bolig har meget snævert indgangsparti og ny bolig har været under overvejelse.

Hjælpemidler/behandlingsredskaber

13

Hjælpemiddelinstitution	47363
Udleveret	03-04-2015 kl. 12:24
Beskrivelse	Vaske tørre toilet, Geberit AquaClean 8000plus UP
Hjælpemiddelinstitution	31946
Udleveret	10-10-2014 kl. 12:24
Beskrivelse	Rollator Troja M model medium

Kommentar til hjælpemidler

14

Der er bestilt en badetaburet, som endnu ikke er leveret.

Aktuel medicin

15

Lokal ordination

Præparat	Tabl. 2 gange dagligt. Calcichew-D3® Forte, komb.
Ordineret	01-12-2014 ^u
Indikation	kalkmangel

Cave

16

Kan ikke tåle penicillin.

Kommentar til aktuell medicin

17

Tabletter gives altid sammen med yoghurt.

* Se ordliste

18. Seneste depotmedicingivning

Dato og klokkeslæt for seneste depotmedicingivning*, pr. præparat, eksempelvis medicinplaster eller injektion af psykofarmaka.

Manuel op-datering

19. Seneste PN medicin

Dato og klokkeslæt for seneste PN medicin inden for 24 timer før indlæggelsestidspunkt (pr. præparat som gives PN).

Manuel op-datering

20. Borgerens ordinære apotek

Her skal stå navn og telefonnummer på borgerens vanlige apotek.

21. Dosisdispenseret medicin

Angiv, at patienten modtager dosisdispenseret medicin.

22. Medicinansvar

Angiv, om kommunen er ansvarlig for patientens medicinadministration.

23. Årsag til aktuel indlæggelse

Kort beskrivelse af sygdomsforløb, hændelse op til indlæggelsen.

Manuel op-datering

24. Smitterisiko

Hvis patienten har kendt smitterisiko og særlige forholdsregler kan de skrives her.

Manuel op-datering

25. Funktionsevner

Det er muligt overordnet at markere "ikke relevant" til afsnittet om funktionsevner, fx hvis borger kun modtager sygepleje til sårskift. Det kan ikke ses i eksemplet her, da funktionsevnedata er udfyldt.

26 Dato funktionsevne

Dato for udfyldelsen af funktionsevne. Ved automatisk overførsel fra EOJ*-system til indlæggelsesrapport overføres også dato for udfyldelsen. Funktionsevnen, som sendes til sygehuset, er borgerens habituelle funktionsevne.

27. Funktionsevneniveau

Angiv score (0,1,2,3,4) til funktionsevneniveau* inden for personlig hygiejne, mobilitet, mad og drikke. Det er også muligt at angive "ikke-relevant" udfor det enkelte funktionsområde. Brug kommentarfelt til beskrivelse af funktionsevnebegrænsningen.

Seneste medicingivning

Depot medicin 18		PN medicin 19	
Navn	Cisordinol	Navn	Nitroglycerin
Dosis	200 mg IM	Dosis	0.25mg under tungen
Givet	17-05-2015 kl 14:35	Givet	15-06-2015 kl 08:00
Navn	Norspan	Navn	Pamol
Dosis	5 mikr/time efter skema	Dosis	1 gr.
Givet	15-06-2015 kl 14:00	Givet	14-06-2015 kl 22:00

Medicin Information

Borgerens ordinære apotek 20	
Folkebo Apoteksudsalg	
Borgerens ordinære apoteks telefonnummer	
88 88 88 88	
Dosisdispenseret 21	Ja
Medicinansvar 22	Ja

Årsag til aktuel indlæggelse **23**

Den seneste uge har Nancy været tiltagende afkræftet og konfus. Funktionsevner er yderligere svækket i forhold til habituel tilstand. Har balanceproblemer og falder trods brug af rollator. Har spist og drukket meget sparsomt. Hjemmesygeplejen har derfor kontakten egen læge mhp. indlæggelse, som indlægger Nancy akut.

Smitterisiko **24**

Kronisk hepatitis B.

Funktionsevner (sidst opdateret: 08-01-2015 ^{*)}

Funktion	Score	Beskrivelse
Vaske sig	2 (moderate)	Kan ikke løfte armene over hovedet. Bliver træt og svimmel. Hjælp til vask af hår og støtte til vask af kroppen.
Af- og påklædning	1 (lette)	Nedsat kraft i arme og ben og har derfor behov for hjælp til at få støttestrømper af og på.
Gå på toilet	0 (ingen/ubetydelige)	Ingen begrænsninger pga. skylle tørre toilet.
Forflytte sig	0 (ingen/ubetydelige)	
Færden i forskellige omgivelser	1 (lette)	Er afhængig af rollator eller anden støtte pga. svimmelhed.
Drikke	1 (lette)	Glemmer at drikke, der skal stilles drikkevarer frem.
Spise	0 (ingen/ubetydelige)	

* Se ordliste

28. Sygeplejefaglige problemområder

Vurdering af borgerens/patientens sygeplejefaglige problemområder og relevant aktuel pleje og behandling relateret hertil.

29. Manuel opdatering

Med angivelse af ja vises her, at indlæggelsesrapport er manuelt opdateret.

30. Referencer (bilag)

I afsnittet med referencer kan indsættes links.

31. Dato og underskrift

Navn på personale i kommunen, som har udfyldt den manuelle opdatering af indlæggelsesrapporten, samt dato. I den automatiske indlæggelsesrapport indsættes dato og tekst som angiver at rapporten er automatisk genereret.

Sygeplejefaglige problemområder 28	
Bevægeapparat	
Går med rollator, da medicin for hjerterytmeforstyrrelser gør hende svimmel	
Ernæring	
Ernæringstilstand er normal, men tendens til væskemangel. Spiser og drikker ikke på eget initiativ. Har brug for selskab for at føle sig motiveret til at spise og drikke. Har ikke kræfter til at tilberede måltider, pga. svækkelse i arme og hænder.	
Hud og slimhinder	
Efter fald har Nancy fået sår på skinnebenet. Skiftes dagligt af sygeplejerske. Der er udarbejdet en handleplan for sårskifte interval og behandling. Sår skiftes dagligt, renses med NaCl, pålægges Aquacel og tør forbindelse og gaze.	
Kommunikation	
Intet at bemærke	
Psykosociale forhold	
Kendt med depressioner og får medicin for dette. Glad for at komme i Dag- og aktivitetscenter.	
Respiration og cirkulation	
Lider af svimmelhed pga. bivirkninger af hjertemedicin. Er forsøgt reguleret, men uden succes.	
Seksualitet	
Ingen problemer	
Smerter og sanseindtryk	
Lider af kroniske smerter. Har smertepaster. Der er udarbejdet handleplan for intervalskift og bivirkningshåndtering af smertepaster. Se sygeplejeydelse og seneste medicingivning, depotmedicin.	
Søvn og hvile	
Ingen problemer	
Viden og udvikling	
Har svært ved at få overblik over sine sygdomme og behandling. Har ofte brug for at få forklaret den medicinske behandling.	
Udskillelse af affaldsstoffer	
Periodevis forstoppelse. Aktuelt ingen problemer.	
Indholdet er manuelt opdateret 29	Ja ^M
Referencer (Bilag) 30	
Vejledning til kostskema	https://fiktiv.url/vejledning_til_kostskema
Dato og underskrift 31	
15-06-2015 ^M Sygeplejerske ^M Ellinor ^M Strøm ^M	

Trin for trin guide til Plejeforløbsplan

Plejeforløbsplanen anvendes af sygehuspersonalet til at informere kommunen om forventet indlæggelsesperiode og forventet status ved udskrivning, således at kommunen kan forberede tiltag, som er nødvendige før borgerens udskrivning, ex. boligændringer eller yderligere pleje. Planen indeholder en kort orientering om indlæggelsesforløbet, oplysninger om der er behov for yderligere koordinering i forhold til udskrivning samt forventet færdigbehandlingsdato. Derudover kan planen også fungere som oplæg og planlægningsværktøj til udskrivningskonference.

Plejeforløbsplanen anvendes også til at orientere kommunen om nye borgere med behov for hjælp.

Det anbefales at starte plejeforløbsplanen op tidligt i forløbet. Plejeforløbsplanen kan sendes flere gange i forløbet, hvis der sker ændringer, som har betydning for planlægning af udskrivningen.

Der er konkrete aftaler under sundhedsaftalerne i de 5 regioner om hvornår plejeforløbsplanen skal sendes til kommunen, samt om der skal sendes en plejeforløbsplan, forud for melding om færdigbehandling. I nogle regioner skal kommunen altid kvittere for modtagelse af plejeforløbsplanen med en korrespondancemeddelelse, i andre regioner har man aftalt at kommunen kun skal sende en korrespondancemeddelelse, hvis der er brug for yderligere dialog om udskrivning.

I det viste eksempel angiver de røde M'er, at feltet skal indeholde tekst/data, for at meddelelsen kan sendes.

1. Modtager

Angiv kommune (bopælskommune). Det er muligt at vælge opholdskommune som cc modtager.

2. Afsender

Information om afsendersygehus, afdeling og organisation.

3. Patient

Patientens cpr. nr. og navn og adresse og telefonnummer. Vær opmærksom på, hvis patientens opholdsadresse er forskellig fra folke-registeradresse.

4. Egen læge

Navn, telefonnummer og ydernummer på patientens læge.

5. Pårørende/relationer

Navn og kontaktoplysninger på pårørende/relationer. Kan være overført fra indlæggelsesrapporten, opdateres om nødvendigt af sygehuspersonale.

Plejeforløbsplan	
Modtager Lokationsnr. 5790000121441 ^M Kommunennummer 461 ^M Enhed Æbleblomsten Afdeling Hjemmeplejen Organisation Odense kommune Adresse Flakhaven 2 5000 Odense C	Afsender Lokationsnr. 5790001354145 ^M Sygehusafdeling 4202360 ^M Enhed Q Afdeling Infektionsmedicinsk Afdeling Organisation Odense Universitetshospital ^M Adresse Sdr. Boulevard 29 5000 Odense C Tlf. +4566131372 Kontaktperson Lone Poulsen +4565633231 Medicinsk speciale Almen medicin
Patient CPR nr. XXXXXX-XXXX ^M Navn Nancy Ann Berggren ^M Adresse Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallese Tlf. +45XXXXXXX Job Pensionist	Egen læge Ydernummer 037974 Navn Arne Agertoft & Hanne Petersen Tlf. +4566112101
Pårørende / Relationer Type Ægtefælle Navn May June Moberg CPR nr. XXXXX-XXXX Adresse Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallese Privatnummer +45XXXXXXX Arbejdsnummer +45XXXXXXX Mobilnummer +45XXXXXXX Er informeret Ja	Type Værge Navn Mads Jensen Adresse Hindbærvej 21 5260 Odense S Hjallese Er informeret Ja

6. Kommentar til pårørende

Skriv særlige forhold vedr. patientens pårørende/relationer, som er vigtige for kommunen.

7. Tidspunkt for indlæggelsen

Dato og klokkeslæt for indlæggelsen.

8. Forventet udskrivnings-/færdigbehandlingsdato

Her skrives dato for den forventede færdigbehandlingsdato, der som udgangspunkt også forventes at være udskrivningsdato.

9. Kommentar til forventet udskrivnings-/færdigbehandlingsdato.

Her kan skrives forklarende kommentar. Hvis ikke en dato er udfyldt i felt 8, er det påkrævet at der udfyldes en kommentar.

10. Aftalt udskrivningsdato

Såfremt der er aftalt en senere udskrivningsdato end en evt. færdigbehandlingsdato, skrives denne her.

11. Kommentar til Aftalt udskrivningsdato

Der kan tilføjes en kommentar til aftalt udskrivningsdato.

12. Årsag til aktuel indlæggelse

Beskrivelse af hændelsesforløbet op til nuværende indlæggelse.

13. Forventet indlæggelsesforløb

Her skrives kendte planer for undersøgelse og behandling samt oplysninger om evt. fundne diagnoser.

14. Smittorisiko

Oplysning om evt. smitte og specielle forholdsregler.

15. Aftaler omkring kost 1. døgn efter udskrivning

Her angives, om der medgives madpakke og aftales indkøb for udskrivningsdagen.

16. Yderligere koordinering

Skriv ud for de enkelte punkter patientens behov for sygepleje og andre foranstaltninger som skal koordineres før udskrivning, samt behov for evt. udskrivningskonference.

Kommentar til pårørende		6
Ægtefælle er bortrejst og værge Mads Jensen er orienteret om planlagt udskrivelse.		
Aktuel indlæggelse		
Tidspunkt for indlæggelse	7	15-06-2015 kl. 18:12 ^M
Forventet udskrivnings-/færdigbehandlingsdato	8	18-06-2015 kl. 07:30
Kommentar til forventet udskrivnings-/færdigbehandlingsdato	9	
Forudsætter at blodprøvesvar er i a		
Aftalt udskrivningsdato	10	19-06-2015 kl. 10:00
Kommentar til udskrivningsdato	11	
Der er forslag om en anden udskrivningsdato end den forventede, da kommunen fortsat arbejder på etablering af en rampe til kørestolen.		
Årsag til aktuel indlæggelse		
Den seneste uge har Nancy været tiltagende afkræftet og konfus. Funktionsevner er yderligere svækket i forhold til habituel tilstand. Har balanceproblemer og falder trods brug af rollator. Har spist og drukket meget sparsomt. Hjemmesygeplejen har derfor kontakten egen læge mhp. indlæggelse, som indlægger Nancy akut. ^M		
Forventet indlæggelsesforløb		
Udredning af hjertefunktionsevner		
Smittorisiko		
Kronisk Hepatis B		
Aftaler omkring kost første døgn efter udskrivning		
Madpakke gives med	Ja	
Aftalt indkøb på udskrivningsdagen	Nej	
Yderligere koordinering		
Ændringer på bolig		
Det er nødvendigt at fjerne dørtrin		
Hjælpemidler skal aftales		
Der skal bestilles en kørestol		
Behov for hjemmesygepleje		
Der er brug for hjælp til sårpleje		
Behov for hjælp til medicinadministration		
Borgeren kan ikke selv administrere sin medicin		
Behov for hjælp til medicinindtagelse		
Datteren kommer normalt over hver morgen og hjælper med medicinen. Dette er ikke en holdbar løsning.		
Behov for anden kommunal indsats		

17. Behov for psykiatri udskrivningsaftale/koordinationsplan*

Feltet anvendes på psykiatriske afdelinger. Det anbefales, at feltet kun er synligt på psykiatriske afdelinger.

18. Udskrivningskonference

Det angives om der ønskes udskrivningskonference og dato udfyldes. Dato angives som "forslag" eller "aftalt" afhængig af det er aftalt med kommunen.

19. Videokonference

Det kan angives om udskrivningskonferencen skal foregå på video.

20. Kommentar til Udskrivningskonference

Kommentarfelt kan fx bruges til at skrive opkaldsadressen for videokonference.

21. Funktionsevner

Det er muligt overordnet at markere "ikke relevant" til afsnittet om funktionsevner. Det kan ikke ses i eksemplet her, da funktionsevne-data er udfyldt.

22. Dato funktionsevne

Dato for udfyldelsen af funktionsevne.

23. Funktionsevneniveau

Angiv score (0,1,2,3,4) til det forventede funktionsevneniveau* ved udskrivningen indenfor personlig hygiejne, mobilitet, mad og drikke. Det er også muligt at angive "ikke-relevant" udfor det enkelte funktionsområde. Brug kommentarfelt til beskrivelse af funktionsevne-begrænsningen.

24. Sygeplejefaglige problemområder

Vurdering af borgerens/patientens sygeplejefaglige problemområder og relevant aktuel pleje og behandling relateret hertil.

25. Referencer (bilag)

I afsnittet med referencer kan indsættes links.

26. Dato og underskrift

Navn på personale, som har udfyldt og afsendt plejeforløbsplanen.

Behov for psykiatri udskrivningsaftale/koordinationsplan			17
Udskrivningskonference (forslag)			18
Udskrivningskonference afholdes via video		16-06-2015 kl. 08:45	19
Kommentar til udskrivningskonference		Ja	20
Ring til os på infek.movi@vconf.dk			
Forventede funktionsevner ved udskrivning (sidst opdateret: 05-01-2015)			21 22 23
Funktion	Score	Beskrivelse	
Vaske sig	2 (moderate)	Funktionsevne uændret. Utryk i badesituationen pga. svimmelhed og vil gerne sidde ned.	
Af- og påklædning	1 (lette)	Funktionsevne uændret, kan ikke selv tage korset på.	
Gå på toilet	1 (lette)	Nedsat bevægelighed i arme og har problemer med at tørre sig.	
Forflytte sig	0 (ingen/ubetydelig)		
Færden i forskellige omgivelser	1 (lette)	Funktionsevne uændret	
Drikke	2 (moderate)	Ingen fysisk begrænsning, men skal opfordres til at drikke. Tager ingen initiativ.	
Spise	1 (lette)	Tager ingen initiativ, men spiser når maden bliver serveret.	
Sygeplejefaglige problemområder			24
Bevægeapparat			
Under indlæggelsen klagede over rygsmerte og der er konstateret sammenfald i ryggen. Lavet øvelser med fysioterapeut og fået korset, hvilket har hjulpet godt			
Ernæring			
Spiser godt når maden bliver serveret og der er selskab. Ernæringscreening viser ingen ernæringsmæssig risiko. BMI 22.			
Hud og slimhinder			
Skinden uændret og skiftet efter anvisning. Huden er skrøbelig og har mange små sår, pga. mangeårig behandling med binyrebarkhormon. Har slået hul i hovedet pga. fald på badeværelse og er blevet syet med 6 sting, som skal fjernes hos egen læge på 10. dagen.			
Kommunikation			
Har latensid.			
Psykosociale forhold			
Virker utryk og trækker sig ved ikke kendte personer og steder. Lettere nedtrykt når hun vågner, men lever op når pårørende kommer.			
Respiration og cirkulation			
Har tendens til at falde, hvis hun rejser sig hurtigt op. Hun føler svimmelhed og det sortner for øjnene. Har målt lavt blodtryk i de situationer. Er vejledt i at tage det stille og roligt, når hun rejser sig.			
Seksualitet			
Smerter og sanseindtryk			
Ved længere gangdistancer får Nancy smerter i brystet. Undersøgelser viser tegn på moderat forkalkning af aorta. Er generet af metalsmag i munden og manglende lugtesans, hvilket er bivirkning af medicinen. Har vejledt om at det er vigtigt at hun er smertedækket. Hun siger selv sjældent til, men smerter kan observeres nonverbal.			
Søvn og hvile			
Er meget rastløs først på natten og sover ikke meget. Ønsker ikke sovemedicin.			
Viden og udvikling			
Talt med Nancy og pårørende om at det er vigtigt at de er opmærksomme på at huske at drikke. De kan fx stille et ur en gang i timen til at minde om at drikke et ½- 1 glas vand.			
Udskillelse af affaldsprodukter			
Er opstartet med laktulose daglig pga. knoldet afføring. Væsketal var påvirket ved indlæggelsen, er nu normale efter væsketerapi. Mange gange på toilet i løbet af natten. Urin til dyrkning, viser ingen tegn på infektion.			
Referencer (Bilag)			25
Vejledning til kostkema		https://fiktiv.url/vejledning_til_kostkema	
Dato og underskrift			26
17-06-2015 Sygeplejerske Lone Poulsen			

* Se ordliste

Trin for trin guide til Melding om færdigbehandling

Såfremt kommunen ikke kan hjemtage patienten, når behandlingen er gennemført og patienten også er administrativt færdigbehandlet* fremsendes Melding om færdigbehandling. Meddelelsen sendes automatisk fra sygehuset til patientens hjemkommune, når registreringen sker i EPJ/PAS*. Det er vigtigt, at registreringen i EPJ/PAS* foregår tidstro.

Hvis behandlingen af patienten genoptages efter denne dato, regi-

streres dette tidstro i EPJ/PAS systemet og der sendes automatisk besked herom i en ny Melding om færdigbehandling til kommunen, hvor det tydeligt fremgår, at behandling er genoptaget.

Hvorvidt der skal sendes en plejeforløbsplan forud for Melding om færdigbehandling afhænger af de konkrete kommunikationsaftaler under sundhedsaftalerne i de 5 regioner.

I det følgende kan du se et eksempel på hvordan Melding om færdigbehandling ser ud, og dernæst et eksempel på Melding om færdigbehandling, når behandling genoptaget.

I det viste eksempel angiver de røde M'er, at feltet skal indeholde tekst/data, for at meddelelsen kan sendes.

Melding om færdigbehandling

1. Modtager

Patientens bopælskommune.

2. Afsender

Information om, hvilket sygehus og afdeling, der sender Melding om færdigbehandling.

3. Patient

Patientens cpr. nr., navn og adresse.

4. Tidspunkt for indlæggelse

Indlæggelsesdato og klokkeslæt.

5. Tidspunkt for færdigbehandling

Færdigbehandlingsdato og klokkeslæt.

6. Dato og ordinerende læge

Navn, dato og klokkeslæt på den læge, som har vurderet færdigbehandlingen.

Melding om færdigbehandling	
Modtager Lokationsnr. 5790000121441 ^M Kommunennummer 461 ^M Enhed Æbleblomsten Afdeling Hjemmeplejen Organisation Odense kommune Adresse Flakhaven 2 5000 Odense C	Afsender Lokationsnr. 5790001354145 ^M Sygehusafdeling 4202360 ^M Enhed Q Afdeling Infektionsmedicinsk Afdeling Organisation Odense Universitetshospital ^M Adresse Sdr. Boulevard 29 5000 Odense C Tlf. +4566131372 Kontaktperson Lone Poulsen +4565633231 lone.poulsen@regionsyddanmark.dk Man. og ons. mellem 10.00 og 13.00 Medicinsk speciale Almen medicin
Patient CPR nr. XXXXXX-XXXX ^M Navn Nancy Ann Berggren ^M Adresse Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallesø Tlf. +45XXXXXXX Job Pensionist	
Tidspunkt for indlæggelse	15-06-2015 kl. 10:00 ^M
Tidspunkt for færdigbehandling	18-06-2015 kl. 14:00 ^M
Dato og underskrift 18-06-2015 ^M Overlæge ^M Lone ^M Poulsen ^M	

* Se ordliste

Melding om færdigbehandling - behandling genoptaget

1. Modtager

Patientens bopælskommune.

2. Afsender

Information om, hvilket sygehus og afdeling, der sender Melding om færdigbehandling.

3. Patient

Patientens cpr.-nr., navn og adresse.

4. Tidspunkt for indlæggelse

Indlæggelsesdato og klokkeslæt.

5. Tidspunkt for færdigbehandling

Færdigbehandlingsdato og klokkeslæt.

6. Tidspunkt for genoptaget behandling

Dato og klokkeslæt for genoptaget behandling.

7. Dato og ordinerende læge

Navn, dato og klokkeslæt på den læge, som har vurderet færdigbehandlingen.

Melding om færdigbehandling - Behandlingen er genoptaget

Modtager		Afsender	
Lokationsnr.	5790000121441 ^M	Lokationsnr.	5790001354145 ^M
Kommunennummer	461 ^M	Sygehusafdeling	4202360 ^M
Enhed	Æbleblomsten	Enhed	Q
Afdeling	Hjemmeplejen	Afdeling	Infektionsmedicinsk Afdeling
Organisation	Odense kommune	Organisation	Odense Universitetshospital ^M
Adresse	Flakhaven 2 5000 Odense C	Adresse	Sdr. Boulevard 29 5000 Odense C
		Tlf.	+4566131372
		Kontaktperson	Lone Poulsen +4565633231 lone.poulsen@regionsyddanmark.dk Man. og ons. mellem 10.00 og 13.00
		Medicinsk speciale	Almen medicin

Patient	
CPR nr.	XXXXXX-XXXX ^M
Navn	Nancy Ann Berggren ^M
Adresse	Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallese
Tlf.	+45XXXXXXX
Job	Pensionist

Tidspunkt for indlæggelse	
	15-06-2015 kl. 10:00 ^M
Tidspunkt for færdigbehandling	
	18-06-2015 kl. 14:00 ^M
Tidspunkt for genoptaget behandling	
	19-06-2015 kl. 07:00

Dato og underskrift	
19-06-2015 ^M	Overlæge ^M Lone ^M Poulsen ^M

Trin for trin guide til Udskrivningsrapport

Udskrivningsrapporten sendes fra sygehuset til kommunen ved udskrivningen. Den indeholder relevante sundhedsfaglige oplysninger

1. Modtager

Angiv kommune (bopælskommune). Det er muligt at vælge opholds-kommune som cc modtager.

2. Afsender

Information om afsendersygehus, afdeling og organisation.

3. Patient

Patientens cpr.nr., navn, adresse og telefonnummer. Vær opmærksom på, hvis patientens opholdsadresse er forskellig fra folkeregisteradresse.

4. Egen læge

Navn, telefonnummer og ydernummer på patientens læge.

5. Pårørende/relationer

Navn og kontaktoplysninger på pårørende/relationer. Kan være overført fra indlæggelsesrapporten eller plejeforløbsplanen, opdateres om nødvendigt af sygehuspersonale.

6. Kommentar til pårørende

Skriv særlige forhold vedr. patientens pårørende/relationer, som er vigtige for kommunen.

7. Tidspunkt for indlæggelsen

Dato og klokkeslæt for indlæggelsen.

8. Tidspunkt for færdigbehandling

Dato og klokkeslæt for færdigbehandling.

9. Tidspunkt for udskrivning

Dato og klokkeslæt for udskrivning.

10. Årsag til aktuel indlæggelse

Beskrivelse af hændelsesforløbet op til nuværende indlæggelse.

vedrørende patientens aktuelle indlæggelsesforløb, funktionsevne, diagnoser og behov for pleje og behandling fremadrettet. Det anbefales, at plejepersonalet på sygehuset opstarter udfyldningen af udskrivningsrapporten tidligt i forløbet, og at data genbruges fra indlæggelsesrapporten og plejeforløbsplanen.

I det viste eksempel angiver de røde M'er, at feltet skal indeholde tekst/data, for at meddelelsen kan sendes.

Udskrivningsrapport	
Modtager Lokationsnr. 579000121441 ^M Kommunenummer 461 ^M Enhed Æbleblomsten Afdeling Hjemmeplejen Organisation Odense kommune Adresse Flakhaven 2 5000 Odense C	Afsender Lokationsnr. 5790001354145 ^M Sygehusafdeling 4202360 ^M Enhed Q Afdeling Infektionsmedicinsk Afdeling Organisation Odense Universitetshospital ^M Adresse Sdr. Boulevard 29 5000 Odense C Tlf. +4566131372 Kontaktperson Lone Poulsen +4565633231 Medicinsk speciale Almen medicin
Patient CPR nr. XXXXXX-XXXX ^M Navn Nancy Ann Berggren ^M Adresse Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallese Tlf. +45XXXXXXX Job Pensionist	Egen læge Ydernummer 037974 Navn Arne Agertoft & Hanne Petersen Tlf. +4566112101
Pårørende / Relationer Type Ægtefælle Navn May June Moberg CPR nr. XXXXXX-XXXX Adresse Hindbærvej 23 5260 Odense S Hjallese Privatnummer +45XXXXXXX Arbejdsnummer +45XXXXXXX Mobilnummer +45XXXXXXX Er informeret Ja	Værge Navn Mads Jensen Adresse Hindbærvej 21 5260 Odense S Hjallese Er informeret Ja
Kommentar til pårørende Ægtefælle er bortrejst og værge Mads Jensen er orienteret om udskrivelse.	
Aktuel indlæggelse Tidspunkt for indlæggelse 15-06-2015 kl. 18:12 ^M Tidspunkt for færdigbehandling 18-06-2015 kl. 07:30 ^M Tidspunkt for udskrivning 19-06-2015 kl. 10:00 ^M Årsag til aktuel indlæggelse Den seneste uge har Nancy været tiltagende afkræftet og konfus. Funktionsevner er yderligere svækket i forhold til habituel tilstand. Har balanceproblemer og falder trods brug af rollator. Har spist og drukket meget sparsomt. Hjemmesygeplejen har derfor kontakttet egen læge mhp. indlæggelse, som indlægger Nancy akut. ^M	

11. Indlæggelsesforløb

Her skrives kendte planer for undersøgelse og behandling samt oplysninger om evt. fundne diagnoser.

12. Smitterisiko

Oplysning om evt. smitte og specielle forholdsregler.

13. Diagnoser

Patientens udskrivningsdiagnose(r) med kode, klassifikation og beskrivelse.

14. Funktionsevner

Det er muligt overordnet at markere "ikke relevant" til afsnittet om funktionsevner. Det kan ikke ses i eksemplet her, da funktionsevne-data er udfyldt.

15. Dato funktionsevne

Dato for udfyldelsen af funktionsevne.

16. Funktionsevneniveau

Angiv score (0,1,2,3,4) til det forventede funktionsevneniveau* ved udskrivningen indenfor personlig hygiejne, mobilitet, mad og drikke. Det er også muligt at angive "ikke-relevant" udfor det enkelte funktionsområde. Brug kommentarfelt til beskrivelse af funktionsevne-begrænsningen.

17. Sygeplejefaglige problemområder

Vurdering af borgerens/patientens sygeplejefaglige problemområder og relevant aktuel pleje og behandling relateret hertil.

18. Midlertidige hjælpemidler/behandlingsredskaber

Angiv medsendte hjælpemidler og evt. bestilte hjælpemidler til senere levering.

19. Kommentar til hjælpemidler

Kommentar til medsendte hjælpemidler og evt. bestilte hjælpemidler til senere levering.

Indlæggelsesforløb			11
Har klaget mest over hudproblemer. Har meget dårlig hjertestatus, kan gå knap 100 m.			
Smitterisiko			12
Kronisk Hepatis B			
Diagnoser			13
Diagnosekode	Klassifikation	Beskrivelse	
D1489	SKS Diagnosekode	Atrieflagnen og -flimren UNS	
DE869A	SKS Diagnosekode	Dehydrering	
DM485	SKS Diagnosekode	Kileformet sammenfald af ryghvirvel	
DI700	SKS Diagnosekode	Aterosklerose i aorta	
Funktionsevner ved udskrivning (sidst opdateret: 08-01-2015 ¹⁴)			14 15 16
Funktion	Score	Beskrivelse	
Vaske sig	2 (moderate)	Funktionsevne uændret. Utryk i badesituationen pga. svimmelhed og vil gerne sidde ned.	
Af- og påklædning	1 (lette)	Funktionsevne uændret, kan ikke selv tage korset på.	
Gå på toilet	1 (lette)	Nedsat bevægelighed i arme og har problemer med at tørre sig.	
Forflytte sig	0 (ingen/ubetydelig)		
Færden i forskellige omgivelser	1 (lette)	Funktionsevne uændret	
Drikke	2 (moderate)	Ingen fysisk begrænsning, men skal opfordres til at drikke. Tager ingen initiativ.	
Spise	1 (lette)	Tager ingen initiativ, men spiser når maden bliver serveret.	
Sygeplejefaglige problemområder			17
Bevægeapparat			
Under indlæggelsen klaget over rygsmerter og der er konstateret sammenfald i ryggen. Lavet øvelser med fysioterapeut og fået korset, hvilket har hjulpet godt			
Ernæring			
Spiser godt når maden bliver serveret og der er selskab. Ernæringscreening viser ingen ernæringsmæssig risiko. BMI 22.			
Hud og slimhinder			
Skindnebensår uændret og skiftet efter anvisning. Huden er skrøbelig og har mange små sår, pga. mangeårig behandling med binyrebarkhormon. Har slået hul i hovedet pga. fald på badeværelse og er blevet syet med 6 sting, som skal fjernes hos egen læge på 10. dagen.			
Kommunikation			
Har latenstid.			
Psykosociale forhold			
Virker utryk og trækker sig ved ikke kendte personer og steder. Lettere nedtrykt når hun vågner, men lever op når pårørende kommer.			
Respiration og cirkulation			
Har tendens til at falde, hvis hun rejser sig hurtigt op. Hun føler svimmelhed og det sortner for øjnene. Har målt lavt blodtryk i de situationer. Er vejledt i at tage det stille og roligt, når hun rejser sig.			
Seksualitet			
Smerter og sanseindtryk			
Ved længere gangdistancer får Nancy smerter i brystet. Undersøgelser viser tegn på moderat forkalkning af aorta. Er generet af metalsmag i munden og manglende lugtesans, hvilket er bivirkning af medicinen. Har vejledt om at det er vigtigt at hun er smertedækket. Hun siger selv sjældent til, men smerter kan observeres nonverbal.			
Søvn og hvile			
Er meget rastløs først på natten og sover ikke meget. Ønsker ikke sovemedicin.			
Viden og udvikling			
Talt med Nancy og pårørende om at det er vigtigt at de er opmærksomme på at huske at drikke. De kan fx stille et ur en gang i timen til at minde om at drikke et ½- 1 glas vand.			
Udskillelse af affaldsstoffer			
Er opstartet med laktulose daglig pga. knoldet afføring. Væsketal var påvirket ved indlæggelsen, er nu normale efter væsketerapi. Mange gange på toilet i løbet af natten. Urin til dyrkning, viser ingen tegn på infektion.			
Midlertidige Hjælpemidler/behandlingsredskaber			18
Hjælpemiddelinstutttet	50474		
Udleveret	19-06-2015 kl. 12:24		
Beskrivelse	Badetaburet alu, m. PUR sæde		
Kommentar til hjælpemidler			19
Retur til sygehuset, når badetaburet fra kommunen er leveret.			

* Se ordliste

20. Seneste depotmedicingivning

Dato og klokkeslæt for seneste depotmedicingivning*, pr. præparat, eksempelvis medicinplaster eller injektion af psykofarmaka.

21. Seneste PN medicin

Dato og klokkeslæt for seneste PN medicin inden for 24 timer før udskrivningstidspunktet (pr. præparat som gives PN).

22. Medsendt medicin

Angiv dato for medsendt medicin (til og med).

23. Bemærkning til medsendt medicin

Kommentarfelt til medsendt medicin.

24. Recept til apotek

Marker her, hvis der er sendt recept til apotek.

25. Aftalt afhentning/udbringning

Marker her, hvis der er aftalt afhentning/udbringning af medicin.

26. Dosisdispensering genbestilt

Marker her, hvis der er genbestilt dosispakket medicin.

27. Cave

Her angives lægemidler (eller indholdsstoffer), som patienten er allergisk overfor.

28. Kommentar til medicin

I kommentarfelt kan tilføjes bemærkninger, fx hvis der er aftalt op/nedtrapning eller der er andre relevante informationer vedr. medicingivningen.

29. Aftaler omkring kost 1. døgn efter udskrivning

Her angives, om der er medgivet madpakke og aftalt indkøb for udskrivningsdagen.

30. Fremtidige aftaler

Her skrives aftaler om ambulante besøg eller anden kontrakt med sygehus eller praktiserende læge.

31. Referencer (bilag)

I afsnittet med referencer kan indsættes links.

32. Dato og underskrift

Navn på personale, som har udfyldt og afsendt udskrivningsrapporten.

Seneste medicingivning		PN medicin	
Depot medicin		PN medicin	
Navn	Cisordinol Inj.	Navn	Nitroglycerin Tabl.
Dosis	200mg IM	Dosis	0.25mg under tungen
Givet	17-06-2015 kl 14:35	Givet	18-06-2015 kl 20:00
		Navn	Pamol Tabl.
		Dosis	1 gr.
		Givet	19-06-2015 kl 07:00
Medicin information relateret til udskrivning			
Medsendt medicin (til og med)		2015-06-19	
Medsendt medicin (bemærkning)		Ligger i håndtasken	
Recept til apotek		Ja	
Afhentning/Udbringning aftalt		Nej	
Dosisdispensering genbestilt		Ja	
Cave			
Kan ikke tåle penicillin.			
Kommentar til medicin			
Har svært ved at sluge tabletter og derfor gives de med yoghurt			
Aftaler omkring kost første døgn efter udskrivning			
Madpakke gives med		Ja	
Aftalt indkøb på udskrivningsdagen		Nej	
Fremtidige aftaler			
Ambulant besøg i kardiologisk ambulatorium. Fjernelse af sutur i panden hos egen læge den 26. juni 2015.			
Referencer (Bilag)			
Vejledning til kostskema		https://fiktiv.url/vejledning_til_kostskema	
Dato og underskrift			
19-06-2015 ^m Sygeplejerske ^m Lone ^m Poulsen ^m			

* Se ordliste

Ordliste/ forklaring af begreber

Automatisk oprettet indlæggelsesrapport

Indlæggelsesrapport som sendes automatisk fra EOJ systemet, når der modtages et indlæggelsesadvis.

Depotmedicin

Der findes ikke en entydig gruppering af depotmedicin. Depotmedicin kan optræde i forskellige lægemiddelformer, eksempelvis tabletter, plastre eller injektioner. Seneste givning af depotmedicin oplyses, når denne ikke fremgår tydeligt af FMK.

EOJ

Elektronisk Omsorgs Journal, elektronisk journalsystem, som anvendes i kommunerne.

EPJ/PAS

Elektronisk Patient Journal anvendes på sygehuse. PAS står for Patient Administrativt System og er ofte integreret i EPJ.

Funktionsevne-niveau

I ICF og Fælles Sprog III findes 5 niveauer til beskrivelse af funktionsniveau: 0,1,2,3,4. Se også side 35 om funktionsniveau. Derudover findes følgende værdier til funktionsevne-niveau tabellen: "9" = "ikke relevant" og "8" = "uden specifikation".

Fælles Sprog

Er et fælles dokumentationsværktøj i kommunerne primært inden for visitation og udførelse af hjemmehjælp, sygepleje og træning. Fælles Sprog har gennemgået en stor udvikling, siden første version i 1998. Aktuelt er Fælles Sprog III på vej mod implementering i kommunerne. Fælles Sprog III skal være implementeret i kommunerne ved udgangen af 2017. Se også side 42 (bilag om FSIII).

Færdigbehandlet

En patient registreres som færdigbehandlet, når patienten efter lægelig vurdering er færdigbehandlet og indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling, samt når sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten⁴.

Indlæggelsesadvis

Automatisk meddelelsestype som sendes fra EPJ/PAS system, når patienten registreres som indlagt. Indeholder kun logistikdata om sted og tid for indlæggelsen. Indlæggelsesadvis fungerer som trigger for afsendelse af indlæggelsesrapport fra kommunens EOJ system.

Kodefelter

Der anvendes kodefelter til funktionsevne, ydelser og sygeplejefaglige problemområder. Kodefelterne er skjulte for brugeren, men sikrer at der kan udveksles klassificerede data tværsektorielt.

Korrespondancemeddelelse

Er en fritekstbaseret meddelelse med overskriftsfelt og tekstfelt relateret til cpr. nr., som kan anvendes supplerende til hjemmepleje-sygehusmeddelelserne.

Lokale ordinationer

Medicinpræparater i EOJ, som ikke fremgår af FMK. Det kan fx. være håndkøbsmedicin, ofte vitaminer og mineraler.

Manuel oprettet indlæggelsesrapport

En manuel opdatering af en tidligere automatisk afsendt indlæggelsesrapport fra kommunen.

Positiv og negativ kvittering

Hjemmepleje-sygehusmeddelelserne anvender obligatorisk positiv eller negativ kvittering. Kvitteringen sendes automatisk fra modtagersystem, når meddelelsen er modtaget korrekt, en såkaldt applikationskvittering. Det betyder, at afsender får automatisk besked om meddelelsen er modtaget eller når den er fejlet. Udover applikationskvittering findes også en transportkvittering, som sikrer afsendelse af negativ kvittering, når meddelelsen ikke når frem til modtagersystemet.

Psykiatri udskrivningsaftale/koordinationsplan

Hvis det vurderes, at patienten ikke kan eller vil følge den nødvendige behandling eller sociale tilbud efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling iht. Psykiatriloven kapitel 2, § 3. Hvis patienten ikke vil medvirke til dette, udarbejdes i stedet for en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Referencer/bilag

Funktion med at vedhæfte bilag er teknisk tilføjet den nye version, men ibrugtagning er udeladt ved idriftsættelse af de nye versioner af hjemmepleje-sygehusmeddelelser (maj 2016). Der afventes national afklaring af ibrugtagning. Der kan dog medsendes links under afsnittet med referencer.

⁴ Kilde: Notat Registrering af færdigbehandlede patienter, SSI, oktober 2013.

Samtykke ved hjemmepleje-sygehusmeddelelser

Udveksling af borgerens/patientens helbredsoplysninger mellem kommune og sygehus i indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport kræver som udgangspunkt borgerens/patientens samtykke. Udveksling kan dog ske uden samtykke, når den sker som led i et aktuelt behandlingsforløb og er af åbenbar interesse for borgeren/patienten. I praksis kan sygehuspersonalet åbne den automatiske indlæggelsesrapport med lovhjemmel i Sundhedslovens kapitel 9, § 42a om indhentning af patientens samtykke. Patienten kan dog frabede sig, at udvekslingen finder sted.

Samtykke ved sygehusadviser

Sygehusadviser udveksles automatisk uden samtykke med lovhjemmel i retssikkerhedslovens § 12c. Området for anvendelsen er begrænset til omsorgsopgaver inden for kapitel 16 i serviceloven og lov om forebyggende hjemmebesøg, samt sundhedsloven. Derudover er der også lovhjemmel til modtagelse af sygehusadviser på borgere som modtager sygedagpenge.

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftaler er lovpligtige samarbejdsaftaler som indgås for hver region og tilhørende kommuner om deres fælles ansvar og indsatser for en række opgaver på sundhedsområdet. De gælder for en 4-årig periode og indgik som en del af kommunalreformen 2007.

Sygeplejefaglige problemområder

Se beskrivelsen i bilag side 40.

Teknisk flowmodel

Den tekniske flowmodel til hjemmepleje-sygehusmeddelelser og sygehusadviser binder meddelelser i samme indlæggelsesforløb sammen ved at indsætte et unikt nummer, UUID og genbruge dette i de følgende meddelelser. Det er kun sygehusenes EPJ systemer, som må generere og indsætte UUID og dette UUID genbruges i de følgende meddelelser i samme flow. Formålet er at undgå gensendelse af automatisk indlæggelsesrapport og skabe klinisk overblik over meddelelsesflowet.

Typer af kontakt i kommunen

Under kontaktoplysninger i indlæggelsesrapporten angives typen af kontakt i kommunen. Det kan angives følgende typer: Hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosted, træningsenhed, forebyggende hjemmebesøg, støttekontaktperson, myndighed, værested, socialrådgiver/sagsbehandler.

Typer af ydelser

Ydelserne i indlæggelsesrapporten grupperes efter følgende typer: Sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp, træning, øvrige ydelser, ydelser uspecifiseret og boligtype.

Bilag 1: Funktionsevne

Funktionsevneafsnittet i MedCom standarderne kan enten overordnet markeres som ikke relevant og dermed ikke udfyldes specifikt, eller det kan vælges at udfylde funktionsevnefeltene.

Nedenstående 7 funktionsevneområder indgår i MedComs hjemmepleje-sygehusmeddelelser:

- 1 Vaske sig
- 2 Af- og påklædning
- 3 Gå på toilet
- 4 Forflytte sig
- 5 Færden i forskellige omgivelser
- 6 Drikke
- 7 Spise

For hver aktivitet vælges ét niveau fra listen for at angive funktionsniveauet og til hvert niveau kan tilføjes en fritekstbeskrivelse.

Ikke relevant (9)

Ingen/ubetydelige (0)

Lette (1)

Moderate (2)

Svære (3)

Totale (4)

Nedenstående oversigt viser, hvordan de fem funktionsniveauer kan forstås, ud fra en vurdering af, i hvilken grad borgeren/patienten er den aktive part og hvor stort behovet er for personassistance.

Funktionsniveau 0: Ingen/ubetydelige begrænsninger

Borgeren er selvstændig og har ikke behov for personassistance for at udføre aktiviteten.

Funktionsniveau 1: Lette begrænsninger

Borgeren er den aktive part og kan med let personassistance udføre aktiviteten.

Funktionsniveau 2: Moderate begrænsninger

Borgeren er den aktive part og kan under forudsætning af moderat personassistance udføre aktiviteten

Funktionsniveau 3: Svære begrænsninger

Borgeren deltager og kan under forudsætning af omfattende personassistance udføre aktiviteten.

Funktionsniveau 4: Totale begrænsninger

Borgeren er ude af stand til at udføre aktiviteten og har brug for fuldstændig personassistance.

På de følgende sider kan du se en guide til de enkelte niveauer inden for hvert funktionsområde i MedCom standarden.

Funktion	Score	Forklaring af funktionsevneniveau
1 Vaske sig	0	Kan selv vaske hænder og ansigt, rede hår og børste tænder. En mand skal ligeledes selvstændigt kunne bruge en skraber/ barbermaskine. Skal selv kunne skifte barberblad eller sætte barbermaskinen i stik-kontakten, ligesom han selv skal kunne tage barbermaskinen frem fra skuffe eller skab. En kvinde skal selv kunne lægge make-up, såfremt hun bruger dette.
	1	Er i stand til selv at udføre den personlige hygiejne, men behøver mindre hjælp før og/ eller efter aktiviteten.
	2	Nogen hjælp er nødvendig på et eller flere trin i den personlige hygiejne.
	3	Hjælp er nødvendig ved alle delaktiviteter i den personlige hygiejne.
	4	Er ikke i stand til at deltage aktivt i den personlige hygiejne og er afhængig af hjælp i alle henseender.
2 Af- og påklædning	0	Er i stand til at klæde sig af og på selvstændigt.
	1	Behøver kun minimal hjælp til påklædning, f.eks. til lukning af tøj (knapper, lynlåse, bh, sko m.m.)

Funktion	Score	Forklaring af funktionsevneniveau
	2	Behøver nødvendig hjælp ved af- og/eller påklædning.
	3	Kan deltage i nogen grad, men er afhængig i alle henseender ved påklædning.
	4	Er afhængig af hjælp i alle henseender i forbindelse med påklædning og er ikke i stand til at deltage i denne aktivitet.
3 Gå på toilet	0	Kan selv gå på toilettet, løsne og lukke tøjet, undgå tilsnævsnings af tøjet, samt bruge toilet-papir. Om nødvendigt kan bruge et bækken, toiletstol eller kolbe om natten. Skal selv kunne tømme og rengøre det.
	1	Opsyn er nødvendig af sikkerhedsmæssige grunde ved almindeligt toiletbesøg. Om natten kan en toiletstol, kolbe eller bækken benyttes, men behøver nødvendig hjælp til tømning og rengøring.
	2	Behøver nødvendigvis hjælp ved af- og påklædning, forflytninger eller til at vaske hænder.
	3	Er afhængig af nødvendig hjælp i alle henseender ved toiletbesøg. Scorer 4 point, hvis slet ikke kan deltage, og scorer 3 point, hvis kan hjælpe lidt under vejledning.
	4	Er fuldstændig afhængig af hjælp ved toiletbesøg.
4 Forflytte sig	0	Klarer selv alle forflytninger fra stol til seng uanset hjælpemiddel. Hvis kørestol anvendes, skal selv kunne køre hen til sengen og selv komme i seng uden personassistance.
	1	En anden persons tilstedeværelse er påkrævet enten for at skabe tryghed eller for at holde sikkerhedsmæssigt opsyn.

Funktion	Score	Forklaring af funktionsevneniveau
	2	Kræver hjælp fra anden person ved forflytning. Hjælpen kan gælde hvilken som helst del af forflytningen.
	3	Er afhængig af nødvendig hjælp i alle henseender ved toiletbesøg. Scorer gradienten 4, hvis slet ikke kan deltage, men scorer gradienten 3, hvis kan hjælpe lidt under vejledning.
	4	Er ude af stand til at deltage i en forflytning. To medhjælpere er påkrævet for at forflytte med eller uden mekanisk hjælpemiddel.
Færden i forskellige omgivelser 5	0	Kan færdes frit uden begrænsninger evt. ved brug af hjælpemiddel, som ikke giver begrænsninger for fri færden.
	1	Har brug for let støtte til færden i forskellige omgivelser, eller til at anvende kollektiv trafik.
	2	Kræver moderat støtte for at kunne færdes i forskellige omgivelser, herunder kollektiv trafik.
	3	Er afhængig af nødvendig hjælp i alle henseender for at kunne færdes i forskellige omgivelser, herunder kollektiv trafik.
	4	Er ude af stand til at færdes i forskellige omgivelser, herunder anvende kollektiv trafik.
Drikke 6	0	Kan selvstændigt drikke. Kan gøre brug af hjælpemidler, men mestrer dette selvstændigt.

Funktion	Score	Forklaring af funktionsevneniveau
	1	Kan uden hjælp drikke af en kop, men kan have behov for hjælp f.eks. til åbning af sodavand.
	2	Kan under supervision drikke selv. Hjælp er påkrævet ved tilknyttede opgaver, som f.eks. at hælde vand op i et glas eller mælk i kaffen/teen.
	3	Kan bruge en tudekop, men behøver aktiv hjælp.
	4	Er afhængig i alle henseender og må nødes.
Spise 7	0	Kan selv spise fra en bakke eller et bord, hvis maden er inden for rækkevidde. Kan om nødvendigt gøre brug af hjælpemidler, kan skære maden ud, smøre brød og tilsætte salt og peber osv.
	1	Kan uden hjælp spise et anrettet måltid med undtagelse af at skære kød ud, tage et låg af osv. En anden persons tilstedeværelse er ikke nødvendig under spisningen. Hermed menes, skal kunne spise selv, når maden er stillet frem.
	2	Kan under supervision spise selv. Hjælp er påkrævet ved tilknyttede opgaver, som f.eks. at komme sukker i kaffen eller teen, komme salt og peber på maden, komme smør på brødet, dreje tallerkenen eller andre tilrettende opgaver.
	3	Kan bruge et spiseredskab, sædvanligvis en ske, men behøver aktiv hjælp.
	4	Er afhængig i alle henseender og må mades.

Bilag 2: Sygeplejefaglige problemområder

I den nye version af hjemmepleje-sygehusmeddelelserne tilføjes de 12 sygeplejefaglige problemområder, som fællesfagligt datasæt til indlæggelsesrapporten, plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten.

Dokumentation af sygepleje i kommunernes EOJ* systemer og sygehusenes EPJ* systemer tager udgangspunkt i denne ramme, jf. sundhedsstyrelsens vejledning til sygeplejefaglige optegnelser. Det første problemområde "funktionsniveau" findes som særskilt i Med-Com standarden. Fra Sundhedsstyrelsens vejledning til sygeplejefaglige optegnelser, 15. januar 2013:

6.2.2 Sygeplejefaglige problemområder for den enkelte patient

Det skal som minimum fremgå af journalføringen om den sygefaglige pleje og behandling, at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for følgende 12 sygeplejefaglige problemområder:

- 1 Funktionsniveau, f.eks. evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activity in Daily Living)
- 2 Bevægeapparat, f.eks. behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens.
- 3 Ernæring, f. eks. under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning.
- 4 Hud og slimhinder, f. eks. forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle.
- 5 Kommunikation, f. eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen.
- 6 Psykosociale forhold, f. eks. arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestrings.

* Se ordliste

- 7 Respiration og cirkulation, f. eks. luftvejsproblemer som åndesnød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls.
- 8 Seksualitet, f. eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler.
- 9 Smerter og sanseindtryk, f. eks. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse.
- 10 Søvn og hvile, f. eks. faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile.
- 11 Viden og udvikling, f. eks. behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse.
- 12 Udskillelse af affaldsstoffer, f. eks. inkontinens, obstipation, diaré.

Hvis et eller flere problemområder ikke er aktuelle for den enkelte patient, skal det også fremgå af journalen. Det kan ske med en meget kort angivelse i patientjournalen, så længe det blot tydeligt fremgår, at der er sket en vurdering af problemområderne.

Aktuelle problemområder skal nærmere beskrives i relevant omfang med hensyn til de identificerede og bedømte behov og problemer, planlægning, udført pleje og behandling og opnåede resultater.

Kilde: Sundhedsstyrelsens vejledning til sygeplejefaglige optegnelser, 15. januar 2013: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144979>

Bilag 3: Fælles Sprog III

Fælles Sprog III er en ny fælleskommunal standard for registrering og dokumentation af data på ældreområdet og sundhedsområdet. Den første version af FSIII standarden omfatter struktureret og klassificeret dokumentation ved udredning, visitation og levering af ydelser i forbindelse med hjemmehjælp, herunder træning og rehabilitering efter serviceloven, samt hjemmesygepleje efter sundhedsloven. Det er aftalt i økonomiaftalen, at kommunerne skal implementere Fælles Sprog III senest ved udgangen af 2017.

FSIII skal bidrage til bedre sammenhæng og mere datagenbrug i kommunernes EOJ systemer. Det sker gennem implementering af ensartede begreber, klassifikationer og tilpassede arbejdsgange.

I Fælles Sprog III anvendes både nationale- og internationale- og FSIII- klassifikationer, der bl.a. gennem mapninger, gør det muligt at genbruge data på tværs af de to lovgivninger, serviceloven og sundhedsloven.

Fælles Sprog III videreudvikles, så det også rummer genoptræning efter sundhedsloven.

Bilag 4: Links

MedCom standarddokumentation 1.0.3:

<http://svn.medcom.dk/svn/releases/Standarder/National%20Sygehus-Kommunesamarbejde/1.0.3/>

MedCom hjemmeside om hjemmepleje-sygehusstandarder:

<http://medcom.dk/projekter/hjemmepleje-sygehus>

MedCom hjemmeside om version 1.0.3:

<http://medcom.dk/standarder/kommunestandarder/ny-version-hjemmepleje-sygehusstandarder-103>

MedCom hjemmepleje-sygehusgruppe:

<http://medcom.dk/opslag/navne-og-adresser>

MedCom kommune-sygehusleverandørgruppe:

<http://medcom.dk/opslag/navne-og-adresser>

Sundhedsaftaler:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/sundhedsaftaler>

Sundhedslovens kapitel 9 vedr. videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger:

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710>

Retssikkerhedsloven på det sociale område:

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=173199>

MedCom

Forskerparken 10
5230 Odense M
Telefon 6543 2030
medcom@medcom.dk
www.medcom.dk

medcom