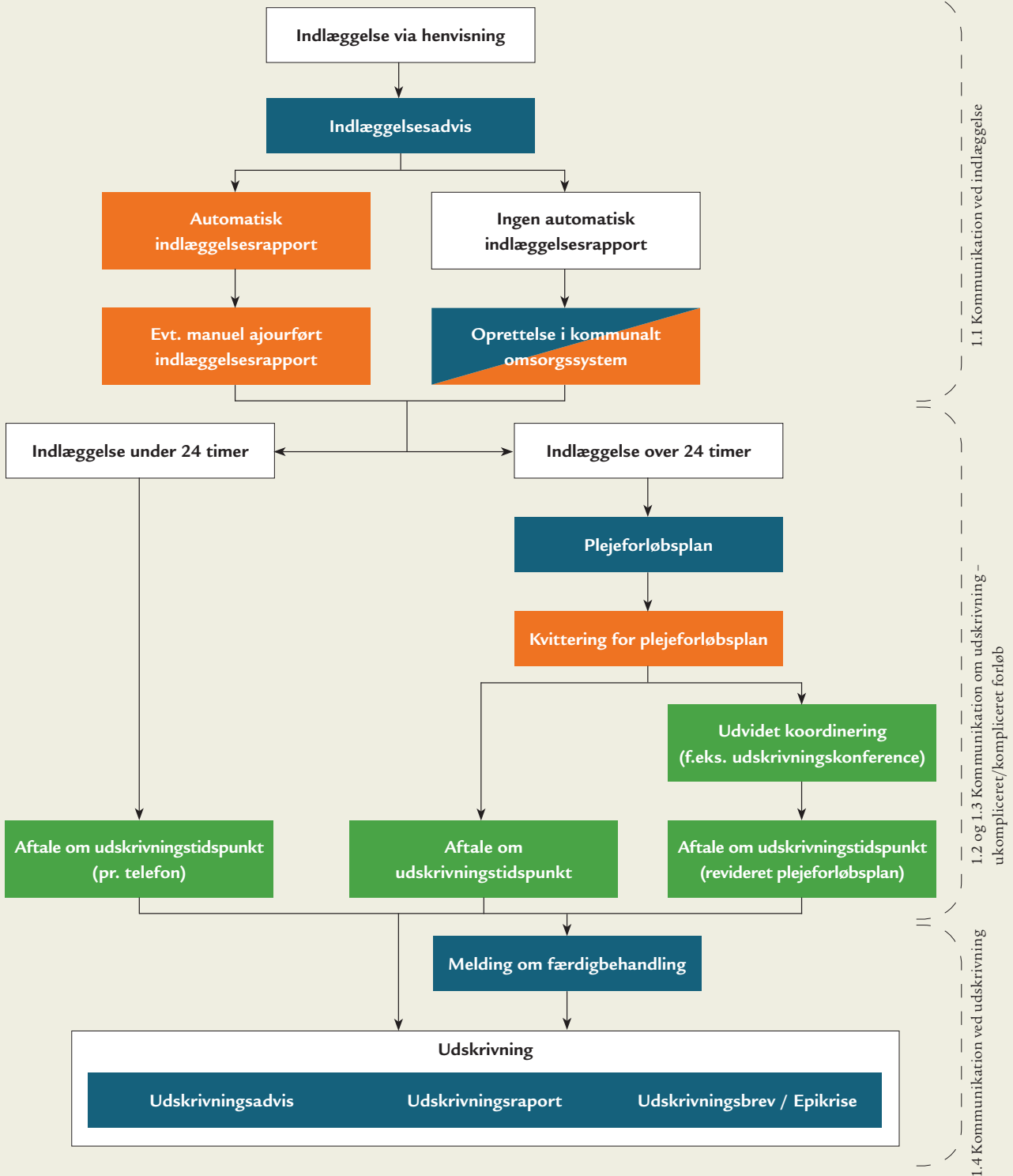


Bilag 3: Flowskemaer

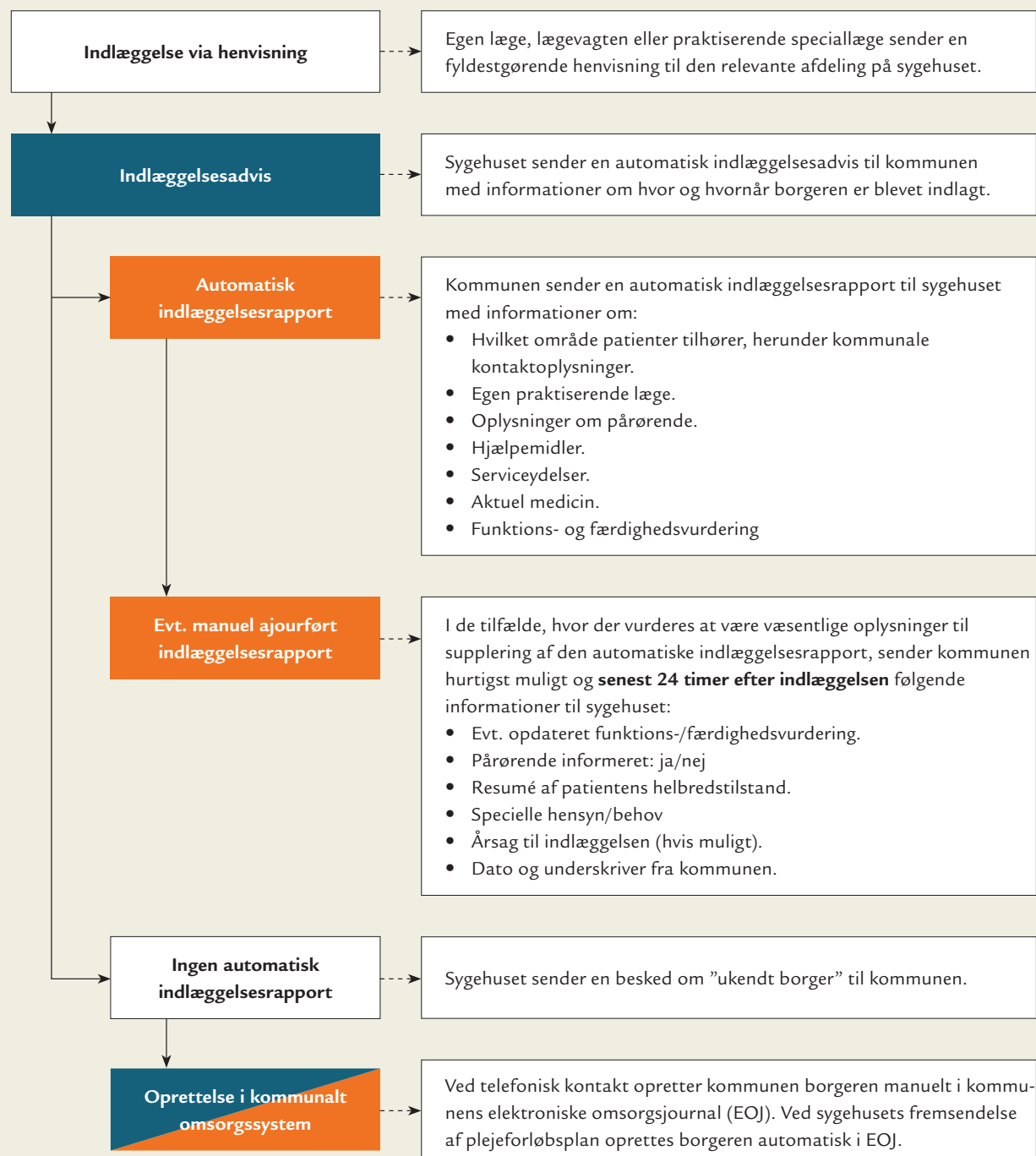
Samlet flowskema – indlæggelser og udskrivinger (MEDCOM7)



■ Sygehusets opgave - ■ Kommunens opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

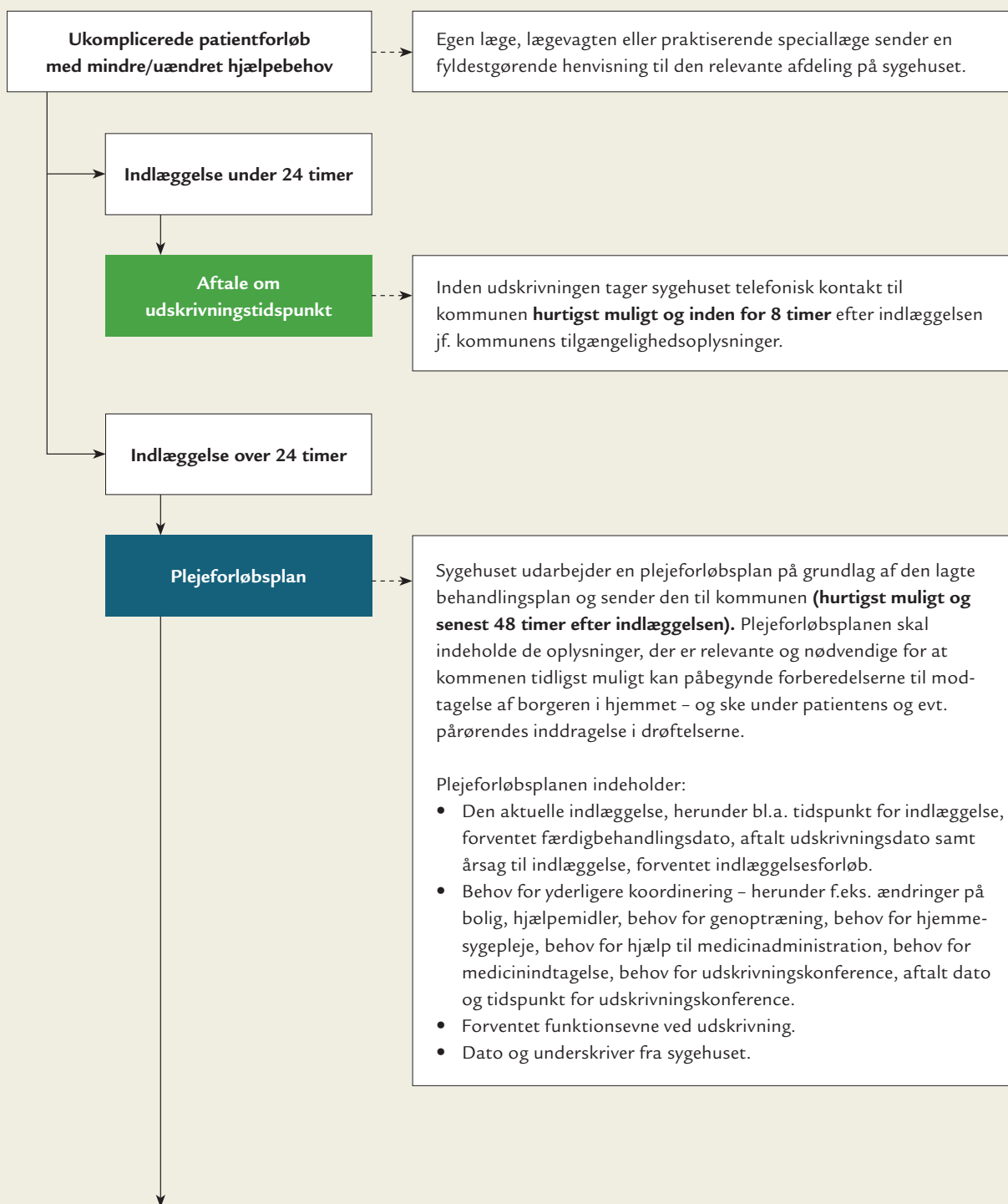
Kommunikation ved indlæggelse



■ Sygehusets opgave - ■ Kommunens opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Kommunikation om udskrivning – ukomplicerede forløb

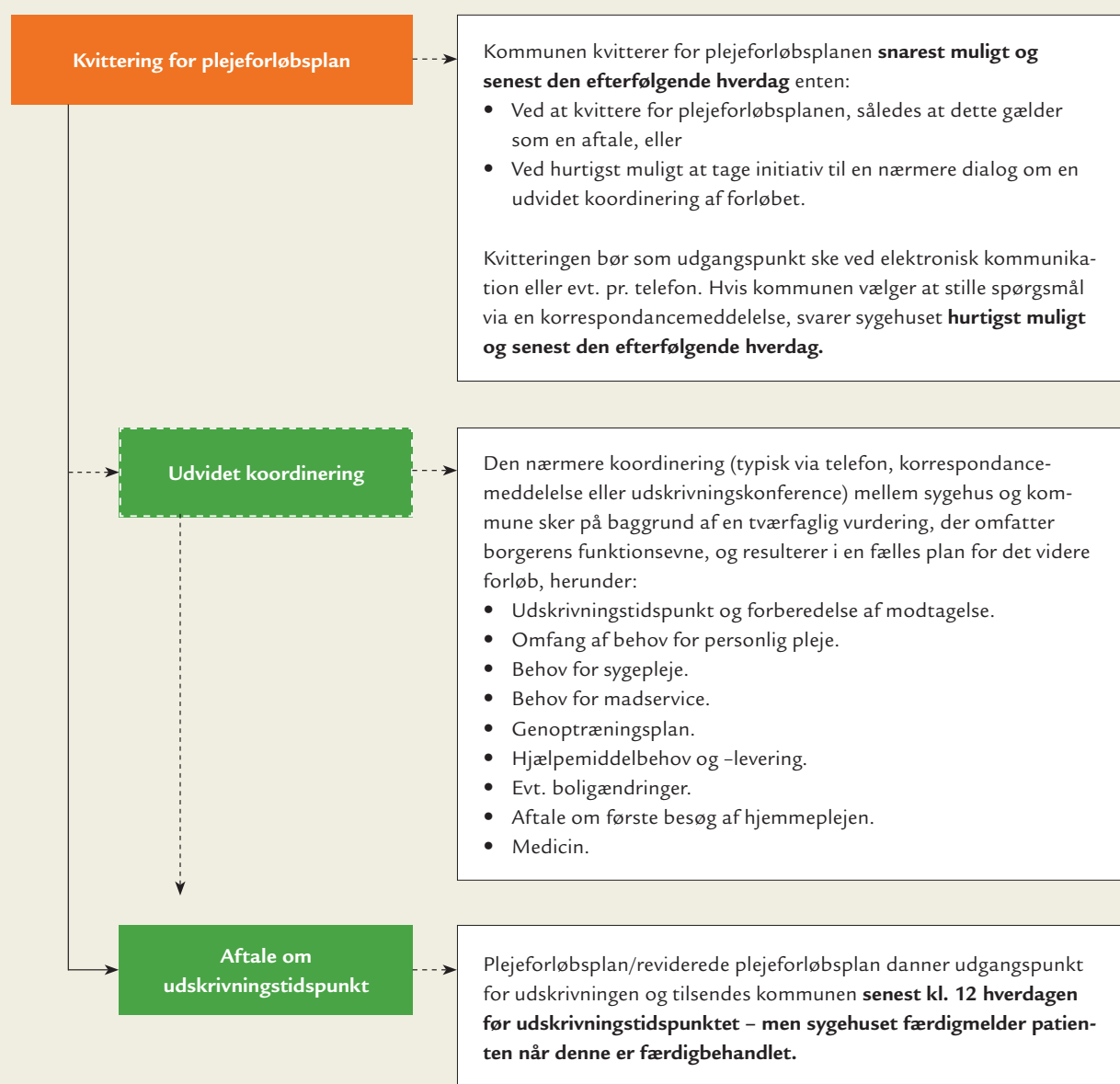


■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Fortsætter på næste side

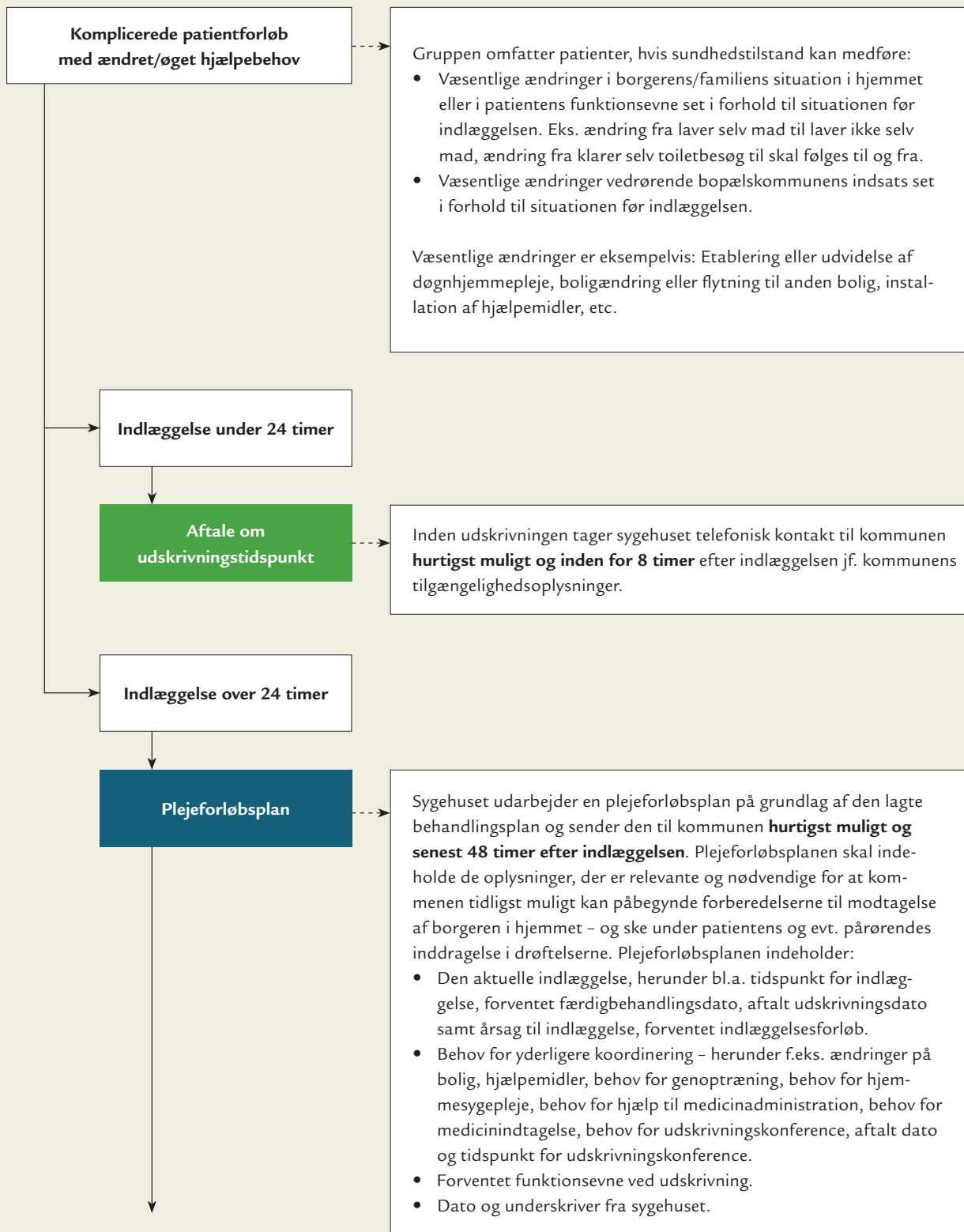
Forsat fra side 34 - Kommunikation om udskrivning – ukomplicerede forløb



■ Kommunens opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Kommunikation om udskrivning – komplicerede forløb

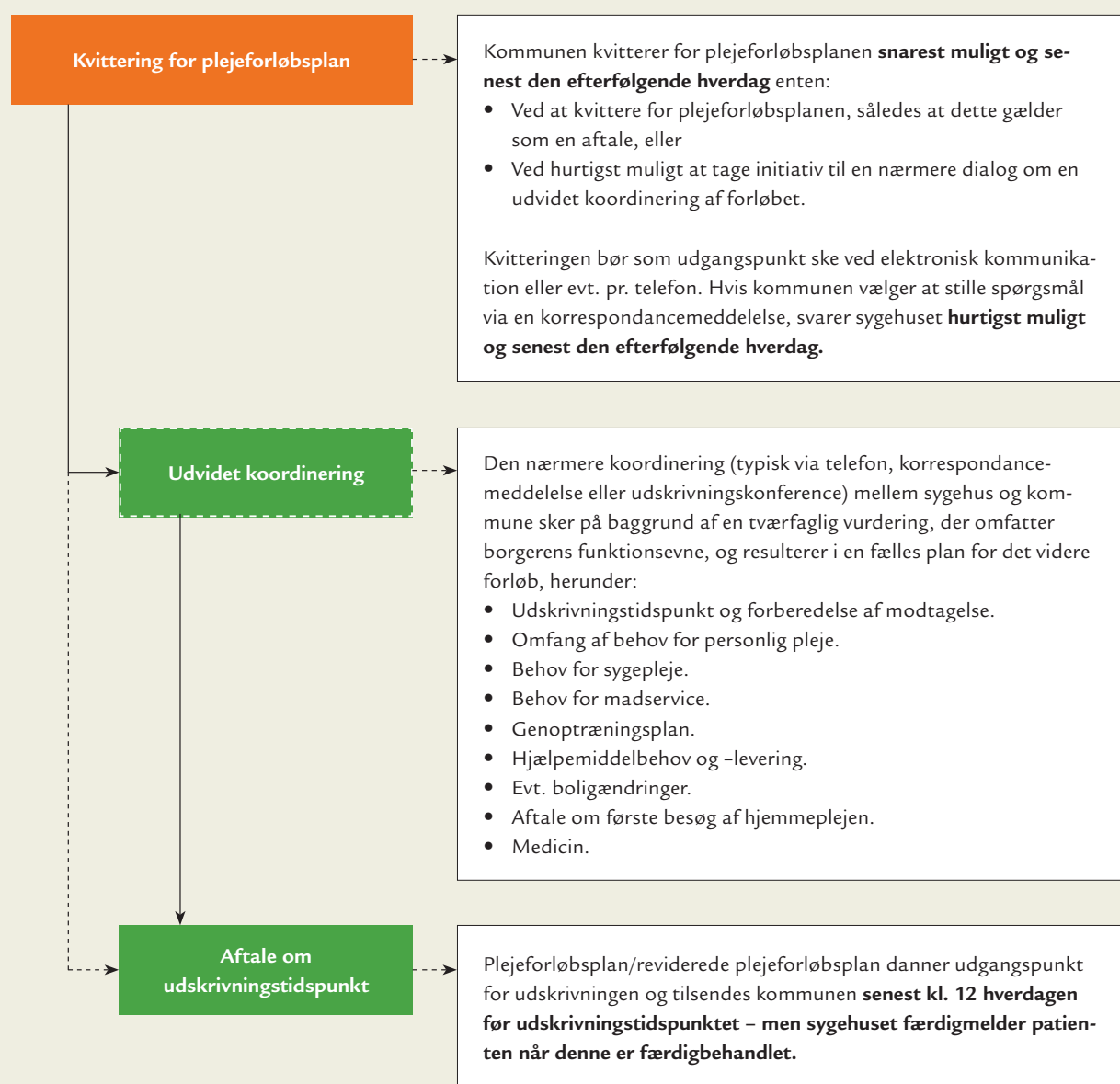


■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Fortsætter på næste side

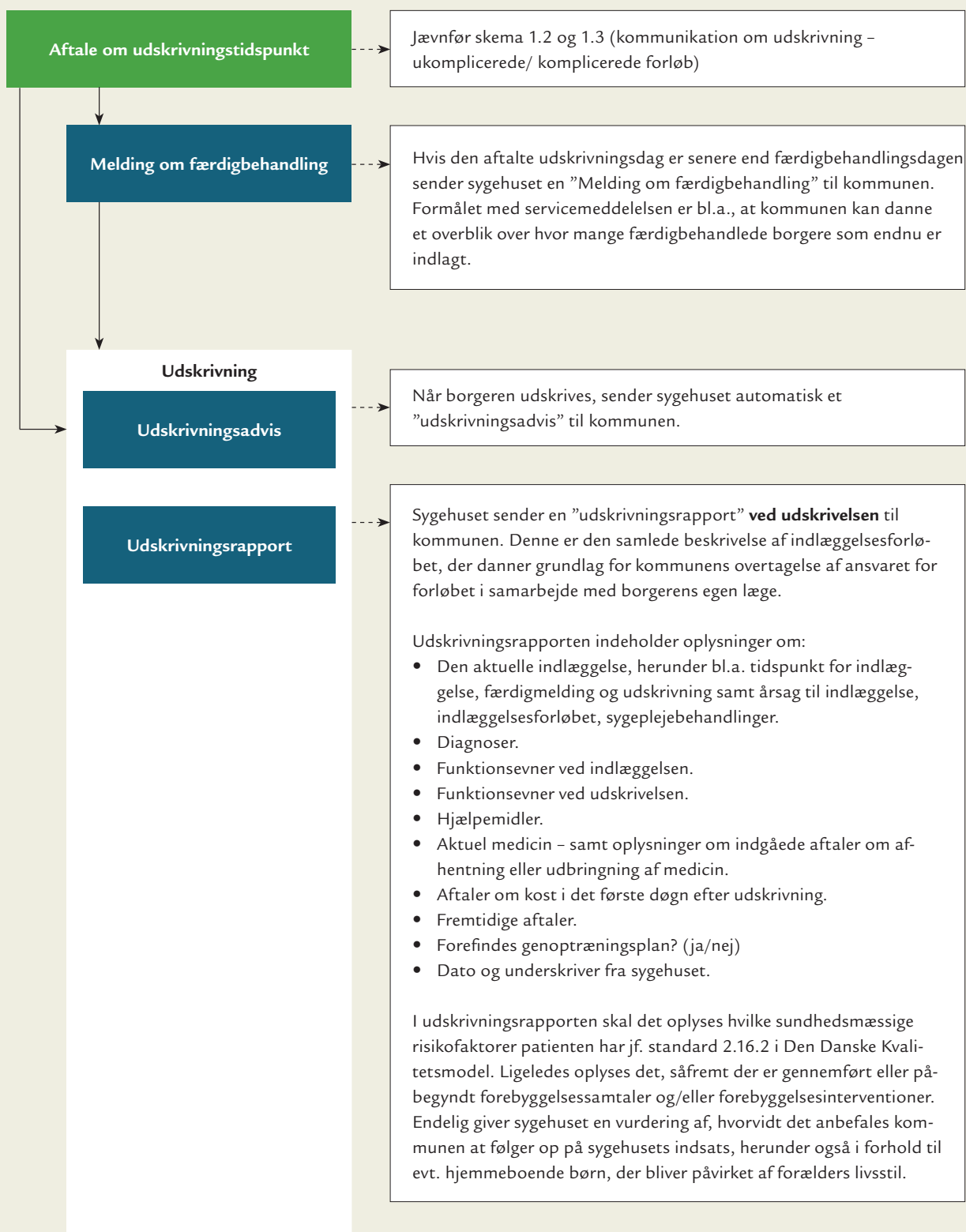
Forsat fra side 36 - Kommunikation om udskrivning – komplicerede forløb



■ Kommunens opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Kommunikation ved udskrivning



■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.

Fortsætter på næste side

Forsat fra side 38 - Kommunikation ved udskrivning

Udskrivningsbrev/ epikrise

Efter hver indlæggelse sender sygehuset en epikrise (udskrivnings-brev) til egen læge og henvisende læge. Dette sker **ved udskrivningen** eller alternativt senest tre dage efter udskrivningen.

For patienter, der skal efterbehandles hos egen læge, fremsendes epikrisen eller alternativt udskrivningsnotatet ved udskrivningen. I tilfælde af, at dette ikke er muligt ved udskrivningen, kontaktes den praktiserende læge telefonisk – evt. via sekretær i almen praksis.

Epikrisen udarbejdes efter de til enhver tid gældende regionale retningslinjer. I de gældende retningslinjer skal udskrivningsbrevet indeholde:

- Navn på dikterende læge.
- Årsag til henvisningen suppleret med henvisningsdiagnose.
- Udskrivende sygehusafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse samt sundhedsfaglig kontaktperson under indlæggelsen.
- Resumé af behandlingsforløb/ relevante undersøgelser og fund.
- Medicinstatus ved udskrivelse.
- Sagt og aftalt med patienten og evt. pårørende.
- Kort beskrivelse af patientens funktions- og helbredsmæssige status ved udskrivelsen samt ikke afsluttede undersøgelser.
- Kort behandlingsplan med oplysninger om konkrete aftaler om efterbehandling og opfølgning, herunder evt. genoptræningsplan.
- Plan for sundhedsfremmende foranstaltninger og sygdomsforebyggende initiativer. Herunder oplyses hvilke sundhedsmæssige risikofaktorer patienten har jf. standard 2.16.2 i Den Danske Kvalitetsmodel. Ligeledes oplyses det, såfremt der er gennemført eller påbegyndt forebyggelsessamtaler og/eller forebyggelsesinterventioner. Endelig giver sygehuset en vurdering af, hvorvidt det anbefales at praktiserende læge følger op på sygehusets indsats, herunder også i forhold til evt. hjemmeboende børn, der bliver påvirket af forælders livsstil.

■ Sygehusets opgave - ■ Fælles opgave

Kilde: Sundhedsaftalen for indsatsområdet indlæggelse og udskrivning, 2010.