

Opfølgning af ældre medicinske patienter efter udskrivning fra Glostrup hospital

Starter: 10 april 2012

Kære kollega

Praksisudvalget har indgået en §2 aftale med Region Hovedstaden om "Opfølgning efter udskrivning".

Alle de lokale kommuner har tilsluttet sig aftalen. Så nu går vi i gang.

Der er udarbejdet et notat (arbejdsbeskrivelsen-som medfølger), som både beskriver denne ordning "Følge op" og ordningen med "Følge hjem" ved hospitalets personale – på udskrivningsdagen – som har kørt siden okt 2010. Notatet skulle gerne give jer svar på de fleste praktiske spørgsmål i forbindelse med ordningerne. Indholdsbeskrivelsen for almen praksis vedkommende er uddrag af den indgåede aftale.

Der er ligeledes lavet kort notat med uddrag af §2 aftalen med de relevante særydelser inkl nr og honorar samt Link til aftalen.

Vores opgaver i almen praksis er:

- A. Visitations samtale.** I bliver kontaktet af den ansvarlige hjemmesygeplejersker pr. telefon ang. patienter som hospitalet og hjemmeplejen har skønnet har et særligt opfølgingsbehov. *Særydelse.*
 - a. Ved denne samtale med jer afklares behovet for det fælles besøg og et tidspunkt aftales.

- B. Selve besøget** aflægges normalt ca. 1 uge efter udskrivning, men kan udskydes v ferie/kursus. *Særydelse.*
 - a. I henhold til §2 aftalen kan besøget *efter behov* indeholde følgende elementer:
 - i. Medicingennemgang (altid)
 - ii. Generel helbreds-vurdering af kendt sygdom, se detaljer i arbejdsbeskrivelse.
 - iii. Vurdering af funktionsevne.
 - iv. Sammen m hjemmesygeplejen vurderes behovet for: tilpasning af personlig og praktisk hjælp, samt hjælpemidler.
 - v. Plan for videre opfølgning
 1. *Hvem følger op?* Hjemmeplejen? Egen læge – evt. praksis sygeplejerske? Besøg eller konsultation?

- C. Efter aftale kan fremsendes en opdateret medicinliste** til hjemmesygeplejersken pr korrespondance. *Særydelse.*

Med venlig hilsen

Lars Rytter
Praksiskoordinator

Hanne Elkær
Overlæge Geriatri

Morten Finnemann
Projektleder Glostrup hospital

Arbejdsbeskrivelse for integration af følge hjem og følge op ordningerne

- Målgruppen for de to ordninger er som udgangspunkt den ældre medicinske patient. *Der er ingen aldersgrænse.*
- Der **følges** ikke **hjem** til aflastnings eller institutionsplads, men alle ældre medicinske patienter kan visiteres til **følge-op** ordningen.
- Der tilbydes kun ét "følge-hjem" besøg, men "følge-hjem" bør som hovedregel efterfølges af "følge-op" til sikring af den fortsatte indsats, herunder inddragelse af den praktiserende læge.
- "Følge-op" ordningens besøg kan evt. ved den visiterende samtale mellem hjemmeplejen og den praktiserende læge erstattes af en konsultation hos egen læge.

	Følge-hjem	Følge-op
a) Hvem er målgruppen?	Betydelig svækket ældre medicinsk patient med flere af følgende karakteristika <ul style="list-style-type: none"> • Flere samtidige medicinske sygdomme • En kompleks social situation med skrøbeligt netværk • Nedsat compliance (medicin) • Faldtendens • Behov for vurdering af kognitiv funktion i hjemmet • Kognitive svigt • Behov for øgede hjælpeforanstaltninger • Behov for afprøvning og installering af hjælpemidler i eget hjem 	<ul style="list-style-type: none"> • Som hovedregel skal følge-hjem patienterne have et følge-op besøg, så denne målgruppe er inkluderet. Derudover: <ul style="list-style-type: none"> • Alvorligt kronisk syge • Patienter med komplekse medicinske problemstillinger – som ikke følges på hospital.
b) Hvem finder de patienter, der har behov for særlig opfølgning?	Sygeplejerskerne i afdelingen i samarbejde med de koordinerende sygeplejersker. Geriatrik team ved tilsyn.	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerskerne i afdelingen i samarbejde med de koordinerende sygeplejersker. • Geriatrik team ved tilsyn. • Hjemmesygeplejen kan selvstændigt tage initiativet – efter udskrivning. • Både hjemmeplejen og almen praksis kan allerede ved indlæggelse foreslå opfølgning.
c) Hvem visiterer til ordningen?	Hospitalet	Kommunen v/de koordinerende sygeplejersker. Endelig afklaring ved telefonisk kontakt med den praktiserende læge.
d) Hvilken organisation sikrer "at det sker"?	Hospitalet	Kommunen v/ koordinerende hjemmesygeplejerske
e) Hvem skal være til stede ved besøg	Hospitalets "følge-hjem-team" følger patienten hjem. Der kan evt. være pårørende til stede.	Praktiserende læge og hjemmesygeplejerske mødes hjemme hos patienten.

	Vurderes der behov for at medarbejdere med kommunen skal være til stede aftales dette mellem den koordinerende sygeplejerske og afdelingens sygeplejersker i forbindelse med planlægningen. Kommunen vil i disse tilfælde lade sig repræsentere ved konkret ansvarlig SOSU eller hjemmesygeplejen	Der kan evt. være pårørende til stede.
f) Ved besøget i hjemmet varetages følgende	<p>Tid: Besøget sker på udskrivningsdagen</p> <p>Indhold: Patienten bliver hjulpet til rette i hjemmet og patientens evne til at klare sig i hjemmet bliver vurderet I hjemmet vurderes behovet for midlertidige hjælpemidler, og disse afprøves og installeres Følge-hjem teamet gennemgår aftaler vedr. medicin med patienten, herunder: sikre at der er medgivet medicin, gennemgår aftaler vedr. recepter samt vurderer patientens evne til at håndtere egen medicin</p> <p>Plan for videre opfølgning: Følge-hjem teamet vurderer, om der er behov yderligere foranstaltninger Der lægges information i hjemmet om følge hjem besøget og om evt. aftaler om følge op besøg – orientering af pårørende</p>	<p>Tid: Besøget er ca. 1 uge efter udskrivning (udskydes v ferie/kursus)</p> <p>Indhold: Besøget <i>kan efter behov</i> indeholde følgende elementer (iht aftalen)</p> <p><i>a. Medicin gennemgang (altid)</i></p> <p><i>b. Generel helbreds-vurdering af kendt sygdom, ernæring, motion, sanser, inkontinens, obstipation, depression, demens, delir og druk</i></p> <p><i>c. Vurdering af funktionsevne</i></p> <p><i>d. Sammen m hjemmesygeplejen vurdere behovet for: tilpasning af personlig og praktisk hjælp, samt varige hjælpemidler</i></p> <p>Plan for videre opfølgning: <i>Ønskes fremsendelse af medicinliste fra almen praksis efter besøget? (sendes pr korrespondance). Hvem følger op? Hjemmeplejen? Egen læge – evt. praksis sygeplejerske? Besøg eller konsultation? Kontrol andet steds?</i></p>
g) Hvordan dokumenteres og kommunikerer de indgåede aftaler	Der udarbejdes et følgehjem-notat der sendes til visitation og praktiserende læge	Den praktiserende læge har inden besøget modtaget en epikrise samtfølgehjem-notat når patienten har modtaget hjemfølgning. Efter aftale kan fremsende en opdateret medicinliste til hjemmesygeplejersken.
h) Hvordan monitoreres effekten	RegionH's ledelsesinformation vedr. forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser*	RegionH's ledelsesinformation vedr. forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser*. De aftalte særydelser for almen praksis kan trækkes som datagrundlag. (visitation, besøg, medicinliste).
i) Opfølgninger efter genindlæggelser	Der skønnes individuelt om fornyet behov for hjem-følgning efter genindlæggelser	Der skønnes individuelt om fornyet behov for opfølgning efter genindlæggelser

Honorering I forbindelse med Opfølgende hjemmebesøg

§2 aftale Region Hovedstaden (pr. 1. april 2011)

For *visiterende telefonkonsultationen* honorar: kr. 61,20 kr. **Særydelse: 4251**

For *hjemmebesøget* honorar kr. 796,72. **Særydelse: 4250**

For *fremsendelse af medicinliste* honorar kr. 50,73. **Særydelse: 4252**

(Dette honorar udløses kun, såfremt det under hjemmebesøget aftales, at lægen elektronisk skal fremsende en opdateret medicinliste til hjemmeplejen).

Lægens *tidsforbrug til mødestedet* honoreres iht Landsoverenskomstens § 56, stk.2 c.
(3410/ 3420 mm)

Der ydes *kørselsgodtgørelse* efter gældende regler i henhold til Landsoverenskomsten om almen lægegerning kr. 4,22 pr km. **Særydelse: 4253 pr km.**

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/2AFTALER OG ANDRE AFTALER/Region%20Hovedstaden

Honorering af praktiserende læger, der udfører opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse i samarbejde med en kommune i Region Hovedstaden (rammeaftale)