

## Sundhedsfaglig beskrivelse af en "færdigbehandlet" patient.

I det regionale sundhedssamarbejde i Region Midtjylland anvendes den administrative definition ved registrering af en færdigbehandlet patient:

**"En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling"<sup>1</sup>.**

Følgende sundhedsfaglig beskrivelse af en færdigbehandlet patient uddyber de faglige overvejelser og opgaver, som ligger bag ved Sundhedsstyrelsens definition og beskriver, hvordan den praktiseres:

**1. Ud fra en lægelig helhedsvurdering er den somatiske patient færdigbehandlet, når patientens behov for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og forebyggelse og sundhedsfremme<sup>2</sup> er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Det vil sige,**

- **at der ikke mere er behov for en specialiseret indsats, som kræver specialkundskab og/eller specialudstyr, som kun findes på et hospital og/eller den fortsatte almene og specialiserede behandling<sup>2</sup> bedst foregår i et samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv<sup>3</sup>."**

**2. Ved udskrivelsen forventes, at der foreligger sygeplejerapport, genoptræningsplan, hvis der er behov herfor og rehabiliteringsplan<sup>4</sup> fra de behandlingsafsnit, hvor den udarbejdes. Epikrise udarbejdes jf. hospitalernes servicemål.**

**3. Desuden forventes, at patientinformation, som vurderes aktuel for den enkelte patient, er givet om helbredstilstand og behandlingsmuligheder<sup>5</sup>. Der informeres også om andre lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder og konsekvenser af ingen behandling, risikoen for komplikationer og bivirkninger, relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder<sup>5</sup> samt mulig hjælp efter den sociale lovgivning<sup>6</sup>.**

**4. Udskrivelsestidspunkt er aftalt med kommunen, hvor disse skal inddrages jf. sundhedsaftale og varslingsfrister<sup>7</sup> (dvs. forberedelsestid), så patienten så vidt muligt er klar til udskrivning på registreringsdatoen for færdigbehandlet. Det betyder,**

- **at registreringstidspunktet for færdigbehandlet ikke kan rykke i forhold til varslingsfrist, og patienter ikke kan blive på hospitalet, hvis de kan modtages tidligere i den kommunale hjemmepleje end varslingsfristen foreskriver.**
- **at sundhedspersonalet på hospitalerne i deres planlægningsarbejde af udskrivning af den enkelte patient i størst muligt omfang søger at sikre sammenfald mellem den faktiske udskrivningsdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet.**

På [www. praksis.dk](http://www.praksis.dk) og Region Midtjyllands hjemmeside og e-Dok kan interesserede medarbejdere få oplysninger om baggrund, faglige overvejelser og begrundelser for den sundhedsfaglige beskrivelse af en færdigbehandlet patient.

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen. Registreringsvejledning. Registrering af færdigbehandlet patienter. Januar 2006.

<sup>2</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005. Jf. § 5. er behandling lig med undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfremme og forebyggelse.

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen. ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Verdensorganisationen WHO. Munksgaard Danmark. 2003.

<sup>4</sup> Nogle neurorehabiliteringsafsnit i regionen udarbejder en rehabiliteringsplan.

<sup>5</sup> Sundhedslovens § 16 om patienters retsstilling.

<sup>6</sup> Lov nr. 573 af 24. juni 2005 om social service.

<sup>7</sup> Den generelle sundhedsaftale om udskrivelse i Region Midtjylland. Revideret udgave fra 2008.

## **UDDYBENDE NOTAT vedr. sundhedsfaglig beskrivelse af en "færdigbehandlet patient".**

### **1. Baggrund**

Begrebet "færdigbehandlet" patient indgår som et centralt begreb i sundhedssamarbejdet mellem region og kommune, både økonomisk og sundhedsfagligt som følge af den ny sundhedslov<sup>8</sup>. Begrebets anvendelse i denne forbindelse ligger i skillelinjen mellem færdigbehandlet på hospital og udskrivelse til evt. videre- og færdigbehandling i primær sektor og er synonym med, at patienten er klar til udskrivelse.

Økonomisk anvendes begrebet færdigbehandlet patient i forbindelse med kommunernes medfinansiering af egne borgeres forbrug af sundhedsydelser, herunder betaling af en obligatorisk plejetakst for færdigbehandlede somatiske og psykiatriske patienter, der venter på udskrivelse fra sygehus<sup>9</sup>. Ved registrering af en færdigbehandlet/udskrivningsklar patient anvendes følgende definition: "En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling"<sup>1</sup>.

Denne definition kan anvendes til brug ved afkrævning af den kommunale medfinansiering, men i det sundhedsfaglige samarbejde på det administrative ledelsesniveau og i det daglige kliniske sundhedsarbejde er der behov for en nærmere uddybning af begrebet.

En af grundene hertil er, at kommuner ønsker klarhed på, hvad den overordnet kan forvente, der er sket af behandlingsindsats under indlæggelse og hvilket niveau for færdigbehandlet, som patienten udskrives med. Herved kan kommunen få viden om, hvilke sundhedsydelser den må forvente at skulle yde, hvis kommunen eventuelt skal fortsætte med at behandle patienten/borgeren. De kommunale sundhedsordninger har altid i et vist omfang viderebehandlet patienter efter en indlæggelse, men kommunen har jf. sundhedsloven<sup>10</sup> fået et udvidet ansvar for rehabilitering af patienten, herunder genoptræning og en forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Desuden vil kommunen ved stort set alle patienter, der udskrives efter behandling på et hospital, foretage en kobling mellem den kommunale medfinansiering og hospitalernes leverede sundhedsydelser vedr. lægelig behandling, sygepleje, træningsindsats og patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme.

Beskrivelse af en fælles forståelse af begrebet færdigbehandlet anbefales da også af Sundhedsstyrelsen ved indgåelse af sundhedsaftalen om udskrivelse af svage ældre<sup>11</sup>. Denne beskrivelse blev ikke udarbejdet i 1. generation af sundhedsaftale. Det sker nu ved revisionen af sundhedsaftalerne, hvor der er udarbejdet en sundhedsfaglig beskrivelse af færdigbehandlet. Beskrivelsen omfatter overordnet alle typer af somatiske patienter. Følgende notat beskriver de lovgivningsmæssige og faglige overvejelser og begrundelser, som den sundhedsfaglige beskrivelse bygger på.

---

<sup>8</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.

<sup>9</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Cirkulære nr. 114 af 24.11.2006 om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering.

<sup>10</sup> Sundhedslovens § 119 og § 140.

<sup>11</sup> Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler. 2006. s. 25.

## **2. Uddybende beskrivelse af den "lægelige vurdering" af en "færdigbehandlet" patient.**

I den administrative definition af begrebet færdigbehandlet indgår begreberne "en lægelig vurdering" af "færdigbehandlet" patient, som i den sundhedsfaglige forståelse kræver en nærmere uddybning. Det skyldes, at der automatisk rejser sig følgende spørgsmål:

- Hvad indgår der af faglige elementer i behandling på hospital og i den lægelige vurdering?
- Hvilket niveau af færdigbehandlet indgår ved udskrivelse fra hospital?

I de følgende afsnit vil der blive foretaget denne uddybning i et forsøg på at finde frem til en fælles administrativ og sundhedsfaglig forståelse af begrebet "færdigbehandlet ved udskrivelse fra hospital".

### **2.1. Definition af "behandling".**

Behandling i sundhedsvæsenet omfatter ifølge Sundhedslovens § 5 "undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sygeplejefaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient".

Det betyder, at der ved definitionen af en behandlet patient efter indlæggelse på hospital indgår de i § 5 nævnte sundhedsfaglige elementer i en behandling, uanset hvilken sektor den udøves i, idet "regioner og kommuner" jf. sundhedslovens § 3 "er ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedr. forebyggelse og sundhedsfremme og behandling af den enkelte patient".

### **2.2. Definition af ansvars- og opgavefordeling mellem primær og sekundær sektor.**

En forudsætning for at kunne definere, hvornår en patient er færdigbehandlet efter indlæggelse på hospital, er, at der er klarhed og enighed om den overordnede ansvars- og opgavefordeling, som er mellem hospitaler, praktiserende læge og de kommunale sundhedsordninger.

Jf. sundhedslovens § 4 "skal regioner og kommuner i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugeren sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet". Det vil sige, at der ved en ansvars- og opgavefordeling af sundhedsvæsenets ydelser til patienter/borgere skal disse leveres kompetent på billigst mulige niveau under hensyntagen til sundhedsydelse kvaliteten.

Men i sundhedsloven defineres ikke, hvordan ansvars- og opgavefordelingen er i forhold til sundhedsydelse: undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sygeplejefaglig pleje samt patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Det betyder, at sundhedsloven ikke beskriver, hvilken del af en behandling/sundhedsydelse, som skal foregå på hospital, og hvilken del i primær sektor.

Undtagelsen herfra er etablering af de kommunale sundhedsydelser om forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, som er en kommunal opgave, jf. sundhedslovens § 119, stk. 2 (de borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme). Det vil sige de kommunale sundhedsfremmende og forebyggende indsatser over for kommunens raske borgere, mens de patientrettede forebyggende og sundhedsfremmende indsatser over for sygdomsramte borgere er et fælles anliggende mellem region og kommune.

Inden for træningsområdet defineres der i vejledningen om træning i kommuner og regioner<sup>12</sup> en ansvars- og opgavefordeling, idet "genoptræningsydelser skal leveres af det regionale sygehusvæsen, hvis en patient har behov for specialiseret, ambulans genoptræning, som forudsætter et sygehus' ekspertise, understøt mv."

I bekendtgørelsen om genoptræningsplaner<sup>13</sup> er der fastlagt følgende kriterier for, hvornår der er tale om specialiseret, ambulans genoptræning:

- 1) Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, som kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau mhp. en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- 2) Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, som af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, der kun findes i sygehusregi.

Dette er et af de få steder, hvor der under sundhedslovens vejledninger og bekendtgørelser formuleres en ansvars- og opgavefordeling ved en af sundhedsvæsenets forskellige sundheds- og behandlingsydelser. Hermed angives også indirekte, hvornår en patient ambulans er behandlet/trænet færdig i hospitalsregi.

Ifølge samordningsbetænkningen<sup>14</sup> beskrives den overordnede lægefaglige ansvars- og opgavefordeling mellem primær og sekundær sektor på følgende måde:

- "De alment praktiserende lægers opgaver er først og fremmest at tilbyde borgerne lægelig kompetent hjælp og rådgivning på et ikke specialiseret niveau mhp. opnåelse af bedst mulig sundhedstilstand, trivsel og livskvalitet for den enkelte, dennes familie og lokalsamfundet som helhed"<sup>11</sup>.
- "De praktiserende speciallæger kan som supplement til ydelserne fra almen praksis sikre befolkningen specialkyndig undersøgelsesvirksomhed, helbredsbedømmelse, rådgivning, behandling og forebyggelse uden indlæggelse på institution"<sup>11</sup>.
- Sygehusvæsenets opgaver er at varetage den specialiserede undersøgelse, behandling og pleje, som på grund af kompleksiteten af apparatur, samspillet mellem specialer og personalegrupper eller patientens tilstand, - dvs. medicinske og plejemæssige behov, - nødvendiggør indlæggelse på sygehus. Dvs. "sygehusene træder til, når det efter patientens tilstand skønnes hensigtsmæssigt under hensyn til behovet for indsats af specialkundskab, anvendelse af kostbart apparatur samt pleje i forbindelse med indlæggelse"<sup>11</sup>.

"Derudover stiller sygehusvæsenet sin ekspertise til rådighed for primærsektoren, især almen praksis og speciallægepraksis, men også hjemmesygeplejen, social- og sundhedsforvaltninger i øvrigt og andre, som måtte ønske det"<sup>11</sup>.

<sup>12</sup> Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om træning i kommuner og regioner. Dec. 2006.

<sup>13</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 1266 af 5. dec. 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus.

<sup>14</sup> Samordning i sundhedsvæsenet. Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet. Betænkning nr. 1044. København juni 1985. Side 13, 14 og 26.

- "Socialvæsenets opgaver er ifølge bilstandsloven (den nuværende Sociale Servicelov) at varetage det offentliges forpligtelser til at yde forskellige former for bistand, herunder rådgivning, økonomisk og praktisk hjælp, støtte til udvikling eller genoprettelse af erhvervsevnen, pleje, særlig behandling eller opdragelsesmæssig støtte"<sup>11</sup>.

Selv om samordningsbetænkningens beskrivelse af ansvars- og opgavefordeling i sundhedsvæsenet ligger ca. 20 år tilbage og den sundhedsfaglige del kun omfatter det lægelige område, kan beskrivelsen forsat anvendes og overføres på de andre sundhedsfaglige områder (bl.a. sygepleje og træning), som også agerer inden for sundhedsvæsenet. Det vil sige, at den overordnede ansvars- og opgavefordeling tager udgangspunkt i hvilken specialiseringsgrad, både behandlingsmæssigt og teknologisk, som patientens tilstand og behov for sundhedsydelser nødvendiggør. Groft sagt ligger den almene og generelle sundhedsindsats i primær sektor, mens den specialiserede indsats i hospitalsvæsenet.

Da sundhedsvæsenet er et funktionsområde, hvis vilkår løbende ændrer sig under påvirkning af en række faktorer, bl.a. den hastige udvikling inden for den medicinske teknologi, er det nødvendigt at være opmærksom på, at der kontinuerligt skal ske en tilpasning af opgavefordelingen mellem hospitalerne, praksisområdet og de kommunale sundhedsordninger.

### **2.3. Patientrettigheder og færdigbehandlet patient.**

Ud over en vurdering af ansvars- og opgavefordeling i forbindelse med udredning og behandling af en patient indgår en anden dimension, når en patient defineres færdigbehandlet/udskrivningsklar. Det drejer sig om patienters ret til at få information om helbredstilstand, behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer, risiko for bivirkning, relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, andre lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder samt konsekvenser af ingen behandling jf. sundhedslovens § 16.

Her skelnes der mellem den information, som specialisterne på hospitalerne har og skal videregive til patient og pårørende og den generelle sundhedsfaglige viden, som primær sektor løbende informerer om.

### **2.4. Uddybning af "en lægelig vurdering".**

I registreringsvejledning<sup>1</sup> for færdigbehandlet patient står, at det er en lægelig vurdering, som ligger til grund for, om en patient erklæres for færdigbehandlet i stationært regi på et hospital, uanset om behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.

I den lægelige vurdering af, om en patient er behandlet færdig i forbindelse med indlæggelse på hospital og er klar til udskrivelse, indgår følgende fire elementer i denne vurdering:

1. De sundhedsfaglige elementer ved sundhedslovens definition af behandling, nemlig undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sygeplejefaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme, og dermed om patienten er lægeligt og sygepleje- og træningsmæssigt færdigbehandlet.
2. Vægtningsparametrene om patientens tilstand og behovet for indsats, som kræver specialudstyr, specialkundskab og/eller samspil mellem specialer og personalegrupper.
3. Om der er givet den relevante information, som specialisterne på hospitalerne har og skal videregive til patient og pårørende.

4. En lægefaglig, sygeplejefaglig og social vurdering af, om det skønnes forsvarligt, at patienten kan være og/eller viderebehandles i eget hjem/plejebolig ved hjælp af en sygeplejefaglig indsats af hjemmesygeplejen, jf. vejledning om hjemmesygeplejen<sup>15</sup>.

### **3. Anvendelse af ICF's begrebsramme i relation til færdigbehandlet/udskrivningsklar patient.**

ICF er en international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (International Classification of Functioning, Disability and Health)<sup>16</sup>. Klassifikationen kan bl.a. bidrage til et fælles og standardiseret sprog til beskrivelse af helbred og helbredsrelaterede funktionstilstande for at forbedre kommunikationen og beslutninger mellem forskellige faggrupper og sektorer inden for sundheds- og socialområdet. ICF holder sig inden for rammerne af et bredt sundhedsbegreb.

ICF's begrebsramme kan anvendes til beskrivelse af sundhedsvæsenets ansvars- og opgavefordeling ved forskellige sundhedsydelser og hermed i beskrivelsen af en færdigbehandlet patient i forbindelse med hospitalsindlæggelse og -udskrivelse. Begrebsrammen kan være med til at klargøre, hvor forskellige sundhedsindsatser bedst foregår samt hvilke typer af indsatser og dermed, hvad der gavner patientens helbredstilstand og funktionsevne bedst. Desuden indgår ICF's begrebsramme i "Fælles Sprog"<sup>17</sup> og anvendes i dag mest inden for træningsområdet, men er også ved at finde indpas inden for sygeplejen.

Ved koble ICF's funktionsevnebegreb med vægtningsparametrene som patientens tilstand, behov for indsats, som kræver specialudstyr, specialkundskab og/eller samspil mellem specialer og personalegrupper kan sektorernes ansvars- og opgavefordeling yderligere præciseres, og hermed også i beskrivelsen af en færdigbehandlet patient efter indlæggelse på hospital.

En forklaring af ICF's begreber fremgår af tabel 1, hvor også ansvars- og opgavefordelingen for sektorerne i sundhedsvæsenet er sat i relation til ICF-begreberne.

Hospitalernes ansvar og opgaver ligger primært på kroppens funktioner og anatomi, når der er funktionsnedsættelse på grund af problemer i kroppens funktioner eller anatomi, og disse mangler eller afvigelser kræver den specialkundskab eller det specialudstyr, som kun findes på et hospital. Hospitalet kan også yde behandling i form af aktiviteter i standardiserede omgivelser i terapi- og sengeafdeling og levere de hjælpemidler og behandlingsredskaber, som der er behov for som led i hospitalsbehandlingen. Desuden kan udgående hospitalsfunktioner yde specialindsatser i patientens eget hjem og dermed levere ydelser som direkte foregår i vedkommendes daglige omgivelser og som indbefatter personens dagligdag.

Den praktiserende speciallæges opgaver baserer sig på kroppens komponenter med levering af sundhedsydelser, når en ændring i kroppens funktioner kræver en indsats med specialkundskab eller specialudstyr, men som ikke nødvendiggør indlæggelse på hospital.

Den praktiserende læges ansvar og opgaver ligger primært på komponenterne kroppens funktion og anatomi. Komponentens aktivitet kan også forekomme, selv om lægens indsats/behandling sjældent

---

<sup>15</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning om hjemmesygepleje nr. 102 af 11.12.2006.

<sup>16</sup> Sundhedsstyrelsen. ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Verdensorganisationen WHO. Munksgaard Danmark. 2003.

<sup>17</sup> Kommunernes Landsforening. Fælles sprog II. 2007.

direkte inddrager aktiviteter af patienten i dennes eget hjem. Lægens indsats omfatter sundhedsydelse, som ikke kræver den specialkundskab eller det specialudstyr, som kun findes på et hospital.

Tabel 1. Forklaringsoversigt og definition på ICF's begrebsramme (uddrag) og relateret til sundhedsvæsenets ansvars- og opgavefordeling.

<b>ICF's begrebsramme:</b>		<b>Funktionsevne</b>		<b>Kontekstuelle faktorer</b>		
		<b>Kroppens funktioner:</b>	<b>Aktivitet:</b>	<b>Deltagelse:</b>	<b>Omgivelsesfaktorer:</b>	<b>Personlige faktorer:</b>
<b>Komponenter</b>	<b>Kroppens funktioner:</b> Organsystemernes fysiologiske funktioner inkl. de mentale.		Det enkelte individs udførelse af opgaver og handlinger	En persons involvering i socialt liv og samfundsaktiviteter.	Den fysiske, sociale og holdningsmæssige omverden, som mennesker lever og tilrettelægger deres liv i.	Alder Køn Social status Livserfaring
	<b>Kroppens anatomi:</b> Kroppens forskellige dele som organer, lemmer og enkeltdele af disse.				Ydre påvirkninger af funktionsevne.	Indre påvirkninger af funktionsevne.
<b>Grupperinger</b>	Ændringer i kroppens funktioner. (fysiologiske)		Kapacitet til udførelse af opgaver i standardiserede omgivelser		Fremmede eller hæmmende påvirkninger på funktionsevnen fra den fysiske, sociale og holdningsmæssige omverden.	Indflydelse fra den enkeltes personlige egenskaber.
	Ændringer i kroppens struktur. (anatomi)		Udførelse af handlinger i daglige omgivelser.			
<b>I hospitalsregi:</b>						
<b>Ansvars- opgavefordeling i forhold til ICF</b>	Stationær og ambulant indsats ved ændringer i kroppens funktioner og struktur, hvor patientens tilstand og/eller behandling kræver specialkundskab og specialudstyr.		Sundhedsydelse/ aktiviteter i standardiserede omgivelser så som senge- og terapiafdeling.	Henviser og samarbejder med den kommunale sektor	Henviser og samarbejder med den kommunale sektor	
			Udgående hospitalsfunktioners specialindsats i patientens eget hjem.			
<b>I primær sektor:</b>						
	Praktiserende læge og kommunernes indsats ved ændringer i kroppens funktioner og struktur, hvor patientens tilstand og/eller behandling <u>ikke</u> kræver specialkundskab og specialudstyr.		Sundhedsydelse/ aktiviteter i standardiserede omgivelser. Fx dag- og træningscentre, sygeplejeklinikker o. lign. institutioner.	Foranstaltninger som forbedrer personens nære fysiske omgivelser og sociale relationer for at understøtte muligheden for involvering i socialt liv, arbejdsliv og samfundsaktivitet.	Foranstaltninger som forbedrer borgernes fysiske og sociale omgivelser. Fx handicapvenligt lokalsamfund, trafikmæssige foranstaltninger mm.	
			Sundhedsydelse/ aktiviteter/støtte som relaterer til og foregår i personens dagligdag for bedre at kunne mestre denne og meningsfulde aktiviteter.			

Den kommunale sektors ansvar og opgaver ligger både på komponenterne kroppens funktion og anatomi, aktiviteter og deltagelse, men også i et vist omfang på de kontekstuelle faktorer som omgivelsesfaktorer. Når der er funktionsnedsættelse på grund af problemer i kroppens funktioner eller anatomi, og disse mangler eller afvigelse ikke kræver den specialkundskab eller det specialudstyr, som kun findes på et hospital, er det social- og sundhedspersonalet i den kommunale sektor, som har ansvaret og opgaven at yde de efterspurgte social- og sundhedsydelser. Ofte fremmes indsatsen af, at

den nu kan foregå ved aktiviteter i patientens daglige omgivelser og ved inddragelse af personens daglige handlinger. Derudover er det kommunens opgave at levere hjælpemidler i forbindelse med aktiviteten genoptræning og ved boligændringer, som foranstaltning for at forbedre en persons mulighed for deltagelse i socialt liv mm.

### **3.1. Fælles forståelsesramme for den sundhedsfaglige definition af begrebet færdigbehandlet.**

ICF's begrebsramme anvendes til at beskrive ansvars- og opgavefordelingen ved sundhedsvæsenets ydelser, herunder færdigbehandling af en patient efter indlæggelse på hospital kunne beskrives, som det fremgår af bilag 1.

Den fælles forståelsesramme kan konkret anvendes i udformningen af ansvars- og opgavefordelingen mellem sektorerne, herunder færdigbehandling af en patient, når det drejer sig om fx kroniske, pædiatriske, geriatriske sygdomme.

### **4. Sammenhængen mellem sundhedsaftalens varslingsfrister og færdigbehandlet patient.**

Når en patient ved en indlæggelse vurderes færdigbehandlet på hospitalet, er det den pågældende læges samlede vurdering jf. afsnit 2.4., som ligger til grund for, hvornår en patient kan registreres som færdigbehandlet.

I sundhedsaftalen om udskrivelse er der aftalt forskellige varslingsfrister, som kommunerne skal have for at kunne forberede den nødvendige kommunale sociale og sundhedsmæssige indsats for at sikre patienten et sammenhængende forløb efter udskrivelse fra hospitalet.

Derfor skal sundhedspersonalet på hospitalerne i deres planlægningsarbejde af udskrivelse af en patient i størst muligt omfang sikre, at der er sammenhæng mellem den faktiske udskrivningsdato og den dato, hvor patienten registreres færdigbehandlet. Det betyder ikke, at registreringstidspunktet for færdigbehandlet kan rykke i forhold til varslingsfrist eller at patienter kan blive på hospitalet, hvis de kan modtages tidligere i den kommunale hjemmepleje end varslingsfristen foreskriver.

Ad hoc gruppens medlemmer:

Aktivitetsleder Bodil Agdrup, Randers Kommune

Sundhedscenterchef Brita Aagaard, Horsens Kommune

Visitationsleder Ida Bundgaard Jakobsen, Favrskov Kommune

Ledende sundhedsplejerske Lisbeth Milsgård, Silkeborg Kommune

Sundhedsfaglig chef Birgitte Sandahl, Randers Kommune

Chefsygeplejerske Anne Just, Hospitalsenheden Silkeborg-Hammel

Kvalitetskonsulent Else Hjortbak, Hospitalsenheden Vest

Specialkonsulent Ulla Rasmussen, Hospitalsenheden Vest

Oversygeplejerske Inge Henriksen, Hospitalsenheden Horsens-Brædstrup-Odder

Praktiserende læge og praksiskonsulent Birthe Nyhuus, Herning

Cheflæge Christian Møller-Nielsen, Hospitalsenheden Silkeborg-Hammel

Regionsundhedsplejerske Anita Fogh, Regionalt Sundhedssamarbejde (formand)

AC-fuldmægtig Peter Astrup, Regionalt Sundhedssamarbejde (sekretariat)

*Region Midtjylland den 25. august 2008*