

Patientforløbsbeskrivelser Skabelon og manual

Århus Universitetshospital
Århus Sygehus

Januar 2010
1. version



Udarbejdet af:

Klinisk sygeplejespecialist Hanne Mainz, cand. scient. san., afd. E
Klinisk sygeplejespecialist Annesofie Lunde Jensen, MSA, afd. MEA
Klinisk sygeplejespecialist Inge Schjødt, cand. cur., afd. A

INDHOLDFORTEGNELSE

Indledning	3
Formål	3
Rammer for arbejdet med patientforløbsbeskrivelser	4
Organisering	4
Implementering	4
Fremstilling af patientforløbet	5
Udvælgelse af patientgrupper	5
Afgrænsning af indholdet i patientforløbsbeskrivelsen	5
Udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelsen	6
Kortlægning af det aktuelle patientforløb	6
Beskrivelse af det optimale patientforløb	7
Fastlæggelse og prioritering af indsatsområder	7
Vejledning til anvendelse af skabelon	7
Referenceliste	9
Skabelon til patientforløbsbeskrivelse	10

Indledning

Beskrivelse af patientforløb er et led i den nationale strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedssektoren (1). Arbejdet er beskrevet i flere centralt udarbejdede publikationer og vejledninger (2-5). Det er den generelle opfattelse, at et veltilrettelagt patientforløb er en forudsætning for kvalitet i Sundhedsvæsenets ydelser. Aktuelt fremgår det i Den Danske Kvalitetsmodel (6), hvor et af formålene er at fremme kvaliteten af patientforløb, at der lægges vægt på, om patientforløbet gennemføres koordineret og på et højt fagligt niveau med en entydig ansvarsplacering.

Alle patienter gennemgår et forløb, som kan variere i tid og kompleksitet fra meget korte forløb i fx skadestue til længere komplicerede forløb med flere involverede fagpersoner. Da alle patienter er forskellige og har individuelle behov, findes der ikke to patientforløb, som er ens. Alligevel kan der indenfor de forskellige sygdomsgrupper findes generelle sundhedsfaglige ydelser, som udføres hos hovedparten af patienterne. Formålet med en beskrivelse af patientforløb indenfor de forskellige sygdomsgrupper er således, at få skabt en generel beskrivelse af de aktiviteter, kontakter og hændelser som en gruppe patienter oplever i relation til behandling og pleje for et givent helbredsproblem. En patientforløbsbeskrivelse skal opfattes som et tværfagligt planlægningsværktøj, som sammen med personalets faglige skøn og patientens individuelle behov, skal sikre et optimalt forløb for den enkelte patient.

Som en hjælp til udarbejdelse af patientforløb er der på Århus Sygehus udarbejdet en manual og en skabelon. Manualen beskriver de processer, som optimalt bør gennemløbes, når der udarbejdes en patientforløbsbeskrivelse.

Formål

Det overordnede formål med en patientforløbsbeskrivelse er at opnå veltilrettelagte patientforløb med gode sundhedsmæssige resultater ved hjælp af forbedrede sundhedsfaglige ydelser, effektiv organisering og patientinddragelse. Hensigten med denne manual er, at få beskrevet en metode, der kan bruges til udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser, således at arbejdsprocessens delelementer gøres overskuelige. Den tilhørende skabelon skal sikre ensartede opbyggede patientforløbsbeskrivelser, som på sigt kan gå på tværs i organisationen.

Rammer for arbejdet med patientforløbsbeskrivelser

Organisering

Arbejdet med at beskrive et patientforløb er en tværfaglig opgave og proces. Et patientforløb bør derfor ikke splittes op og uddeles til forskellige faggrupper. Et patientforløb bør udarbejdes i en helhed, der sikrer kvalitet, kommunikation, koordinering og kontinuitet (5;7).

Det er afgørende, at arbejdet er forankret i ledelsessystemet. Ledelsen har ansvar for at igangsætte, fastholde og afslutte arbejdsprocessen samt sikre, at det beskrevne patientforløb løbende justeres og monitoreres.

Det kan derfor være hensigtsmæssigt at nedsætte en "styregruppe for patientforløb" med deltagelse af ledere og procesansvarlige.

Styregruppens opgave kunne være at udpege en arbejdsgruppe, der skal udarbejde patientforløbsbeskrivelser. I arbejdsgruppen bør indgå repræsentanter for afdelingsledelsen og personale med godt kendskab til patientgruppen som eksempelvis læger, plejepersonale og evt. fysioterapeuter og ergoterapeuter. Andre personalegrupper kan evt. deltage ad hoc. Gruppemedlemmerne skal have de nødvendige kompetencer og være engageret i opgaven. Det vil være hensigtsmæssigt at udpege en formand, som er ansvarlig for at indkalde til møder og sørge for, at der bliver skrevet referat fra møderne. Styregruppens opgave vil herefter være, at sikre processen ved løbende at følge arbejdet og sikre implementeringen, så forløbsbeskrivelsen bliver anvendt i det kliniske arbejde.

Implementering

Patientforløbsbeskrivelsen indeholder gammel og ny viden i forhold til, hvordan de sundhedsfaglige beslutninger, handlinger og de organisatoriske elementer bedst koordineres for en udvalgt gruppe af patienter. Patientforløbsbeskrivelsen skal implementeres i organisationen (afdelingen), hvilket betyder, at den skal forankres i handlinger. Nye fremgangsmåder bundfælder sig som regel først i kulturen, når det er blevet helt tydeligt, at de fungerer og er bedre end de gamle (8).

Implementering af patientforløbsbeskrivelsen og ændringer af praksis kræver, dels at organisationen/afdelingen skal have en viden om indholdet i patientforløbsbeskrivelse, dels at de skal optage denne viden. Det er således ikke tilstrækkeligt blot at øge personalets viden om patientforløbsbeskrivelsen, for at implementeringen skal lykkes. Patientforløbsbeskrivelsen vil blive opfattet som diskutabel viden. Den vil blive forhandlet og omformet af personer i den kontekst, den befinder sig i. Den vil blive inkorporeret i tidligere oplevelser, vaner og forhold. Man skal derfor tage højde for, at den modtages forskelligt, hvilket betyder, at der i implementeringsfasen skal være plads til forhandling og omformulering (9).

Implementeringsfasen begynder allerede, når man har besluttet at udarbejde en patientforløbsbeskrivelse. Spørgsmål, som kan være betydningsfulde at stille i organisationen, er fx:

- Hvilke erfaringer har vi med at implementere ny viden i afdelingen?
- Hvordan tænker vi implementering ind fra starten af?
- Skal vi lave en handle-/implementeringsplan indeholdende fx plan for møder høringer, informationer og behov for undervisning?
- Hvordan støtter dokumentationen og tidligere udarbejdede dokumenter op om de sundhedsfaglige aktiviteter i patientforløbsbeskrivelsen?

Fremstilling af patientforløbet

Der er ikke en entydig måde at beskrive patientforløb på, og udarbejdelsen består ofte af flere faser. Med inspiration i en række kilder (2;7;10;11).

er nedenstående fremstilling udviklet og afprøvet på såvel medicinske som kirurgiske afdelinger på Århus Sygehus. Hensigten er, at denne model kan tjene til inspiration og samtidig give et overblik over arbejdets delprocesser.

Udvælgelse af patientgrupper

Den første opgave ved arbejdet med patientforløbsbeskrivelse er at udvælge og prioritere hvilken patientgruppe, der ønskes en forløbsbeskrivelse af.

Der kan vælges ud fra overvejelser af

- Problematiske patientforløb, hvor en beskrivelse er tiltrængt
- Patientforløb med mange aktører
- Ressourcetunge patientforløb
- Enkelte patientforløb, hvor forløbet enten er kort eller simpelt. Dette kan tjene til at give erfaring i arbejdsprocessen og gøre det lettere herefter at udarbejde mere komplicerede patientforløbsbeskrivelser
- Patientforløb, der tidligere er beskrevet, men trænger til en opdatering og udformning i forhold til skabelonen. Dette kan tjene til, at det er lettere at komme i gang, og at resultater hurtigere kan fremkomme
- Patientforløb, hvor der allerede eksisterer referenceprogram/klaringsrapport

Afgrænsning af indholdet i patientforløbsbeskrivelsen

Ud fra patientens perspektiv starter patientforløbet allerede ved symptomdebut/tilskadekomst og slutter ved "helbredelse" eller død. Ofte kan det dog være hensigtsmæssigt at få afgrænset opgaven og klart få beskrevet omfanget af arbejdsopgaven, inden man går i gang.

Spørgsmål til hvorledes arbejdet afgrænses kan være:

- Hvilket tidsforløb, spænder patientforløbsbeskrivelsen over (fra indlæggelse til udskrivelse?)

- Hvor detaljeret skal patientforløbsbeskrivelsen være, herunder hvor detaljeret andre faggrupper/andre afdelingers arbejdsopgaver skal beskrives (fx røntgen/lab osv.)
- Skal der på forhånd peges på særlige fokusområder i patientforløbsbeskrivelsen? (fx gråzoner eller overgange, som oftest opleves af patienten som problematiske)
- Indgår det i arbejdet at få udarbejdet instrukser og et systematisk dagligt dokumentationsmateriale og en opdateret patientvejledning?
- Skal der kvalitetssikres og indtastes data fra udpegede indikatorer?

Udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelsen

Det konkrete arbejde med indholdet i patientforløbsbeskrivelsen kan inddeles i 3 faser:

- Kortlægning af aktuelle patientforløb (gør-forløb)
- Beskrivelse af optimale patientforløb (bør-forløb)
- Fastlæggelse og prioritering af indsatsområder

Faserne er i det følgende beskrevet hver for sig. I praksis forløber faserne dog ofte samtidig.

Kortlægning af det aktuelle patientforløb

Den nuværende praksis beskrives fra patienten starter i forløbet til kontakten ophører. Forløbet tegnes/beskrives, så patientens vej gennem systemet anføres kronologisk med hensyn til tid og aktiviteter på tværs af afdelinger. Der tages udgangspunkt i den kronologi af aktiviteter, som patienten oplever. De forskellige aktører anføres i relation til de aktiviteter, de udfører. Der kan med fordel laves en grov beskrivelse, som efterfølgende gøres mere detaljeret. Se skabelonen.

Data om det aktuelle patientforløb kan indhentes fra:

- Læge- og sygeplejefjournaler
- Instrukser og retningslinjer
- Arbejdsgruppens viden og erfaring
- Øvrige medarbejderes viden og erfaring
- Observationer
- Patientvejledninger

For at få en fyldestgørende beskrivelse af gør-forløbet kan følgende hjælpespørgsmål anvendes:

- Hvad udføres?
- Hvem udfører opgaven?
- Hvornår udføres opgaven?
- Hvordan udføres opgaven?
- Hvor udføres opgaven?

Beskrivelse af det optimale patientforløb

Ved beskrivelse af bør-forløbet drøftes, om aktiviteterne i det aktuelle forløb kan forbedres. Det vurderes, om de sundhedsfaglige ydelser lever op til evidensbaserede anbefalinger eller nationale retningslinjer, og om arbejdsgangen/organiseringen er hensigtsmæssig. Derudover sikres, at patienternes ønsker om kontinuitet, medinddragelse osv. inddrages.

Data om det optimale patientforløb kan indhentes fra:

- Nationale og landsdækkende referenceprogrammer
- Kliniske retningslinjer
- Pakkeforløb og forløbsprogrammer
- Nationale anbefalinger
- Instrukser
- Gældende lovgivning
- Videnskabelige artikler
- Patienttilfredshedsundersøgelser
- Spørgeskemaundersøgelser
- Interviews af patienter
- Arbejdsgruppens viden og erfaring
- Øvrige medarbejderes viden og erfaring
- Sygehusets og afdelingens visioner og målsætning

For at få en fyldestgørende beskrivelse af bør-forløbet kan følgende hjælpespørgsmål anvendes:

- Udføres opgaven på rette måde?
- Udføres opgaven på rette tidspunkt?
- Udføres opgaven af den rette faggruppe?
- Kan arbejdsgangen gøres mere hensigtsmæssigt?
- Lever arbejdsgangen op til patienternes ønsker?
- Er der taget højde akkrediteringsstandarderne i Den Danske Kvalitetsmodel?

Fastlæggelse og prioritering af indsatsområder

På en række områder vil der ikke være overensstemmelse mellem gør- og børforløbet. Disse områder identificeres som indsatsområder. Ideelt set burde alle disse områder optimeres på en gang, men oftest vil det være nødvendigt med en prioritering. Nogle indsatsområder vil kunne optimeres her og nu, mens andre vil kræve omfattende organisatoriske ændringer. Derudover bliver det ofte tydeligt, hvor der mangler uddybende vejledninger/instrukser, dokumentationsmateriale og patientvejledninger.

Vejledning til anvendelse af skabelon

Skabelonen til patientforløbsbeskrivelse (se skabelon side 10) kan betragtes som en generel disposition for opbygningen og indholdet i en patientforløbsbeskrivelse på Århus Sygehus. Patientforløbsbeskrivelsen er opdelt i fem patientforløbsfaser:

- Før kontakt
- Første kontakt
- Behandling/undersøgelse
- Udskrivelse/afslutning
- Kontrol/efterbehandling

Under hver forløbsfase er det angivet med kursiv, hvor patienten fysisk kan befinde sig i den pågældende fase, samt hvilke muligheder, der er for at beskrive patientforløbsfasen i forhold til ydelse, tid eller et sted.

Centrale sundhedsfaglige ydelser i den enkelte patientforløbsfase er angivet i overskrifter i den venstre kolonne Kerneydelse. Her er det tilstræbt så vidt muligt at anvende samme betegnelser, som bruges i Den Danske kvalitetsmodel (6). I den midterste kolonne Aktivitet, skal handlinger, der knytter sig til den enkelte kerneydelse beskrives. Til hver kerneydelse er der i kolonnen Aktivitet en lille hjælpetekst og en række kritiske spørgsmål, der skal være til inspiration og vejledning undervejs i arbejdet med beskrivelse af aktiviteterne. Under aktiviteter beskrives; Hvad der skal udføres, hvordan det skal udføres, og hvornår det skal udføres. Hvem, der skal udføre det, skal ikke beskrives under aktiviteter, men angives under kolonnen Ansvarlig.

Udvalgte aktiviteter kan med fordel uddybes med henvisninger eller links til relevante kliniske retningslinjer, instrukser, screeningsredskaber, dokumentationsredskaber m.m.

Det, der er skrevet med kursiv i skabelonen skal ikke stå i beskrivelsen af det konkrete patientforløb. Tom skabelon - til at skrive i - kan hentes her [Skabelon til patientforløbsbeskrivelse](#).

Skabelonen er udarbejdet, så den kan rumme både elektive - og akutte patientforløb. Hvilke patientforløbsfaser og kerneydelser, der skal indgå i et patientforløb, kan være forskelligt. Det afhænger af det konkrete patientforløb. Nogle patientforløb vil indeholde hovedparten af de beskrevne kerneydelser/aktiviteter, andre patientforløb færre. Den tværfaglige arbejdsgruppe vælger relevante patientforløbsfaser og kerneydelser ud fra aktuelle patientforløb.

Farverne i skabelonen refererer til farverne i de sygeplejefaglige dokumentationspapirer.

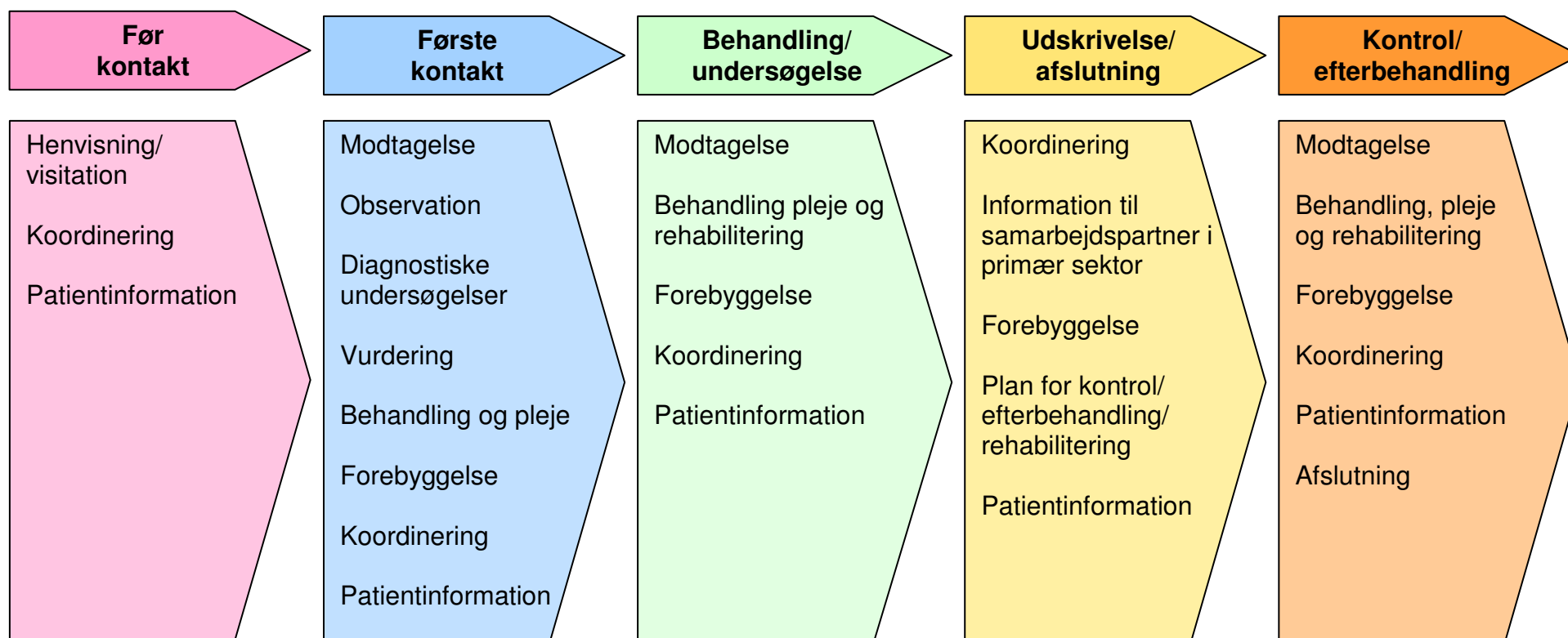
Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen, Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: fælles mål og handleplan 2002-2006. [Kbh.]: Sundhedsstyrelsen; 2002.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Patientforløb og kvalitetsudvikling. Kbh.: Komiteen for Sundhedsoplysning; 1999.
- (3) Roskilde Amts SK. Patientforløb og kvalitetsudvikling: håndbog i udarbejdelse af "Optimale patientforløb" på Roskilde Amts Sygehus Køge. Køge: Roskilde Amts Sygehus Køge; 2001.
- (4) Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2001.
- (5) Sygehus Vestsjælland. Introduktion til fælles model for patientforløbsbeskrivelser for Sygehus Sjælland. Sygehus Vestsjælland 2009:- Sygehus Vestsjælland. URL: <http://www.rssundhed.dk/ptf/Default.aspx>
- (6) Institut for Kvalitet og Akkreditering. Den danske kvalitetsmodel: akkrediteringsstandarder for sygehuse: 1. version. 1 ed. Århus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; 2009.
- (7) Rhode P, Krøll V. Patientforløb i organisatorisk perspektiv. In: Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I, editors. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2001. p. 177-87.
- (8) Kotter JP. I spidsen for forandringer. 1. udgave ed. Kbh.: Peter Asschenfeldts Nye Forlag; 1999.
- (9) Risør MB. Practical reasoning as everyday knowledge: health, risk and lifestyle in health promotion and the everyday life of pregnant smokers. Folk 2003;(45):61-85.
- (10) Mainz H, Henriette WT, Jaillet IM, Bjørnshave B. Skabelon og manual til evidensbaserede kliniske retningslinier. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus 2006:1-9. Available from: URL: <http://www.aarhussygehus.dk/files/Hospital/Aarhus/Sundhedsfaglig/Sygepleje%20ergoterapi%20og%20>
- (11) Willaing I, Kjærgaard J. Patientforløb i teoretisk og klinisk perspektiv. In: Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I, editors. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2001. p. 159-76.

Skabelon til patientforløbsbeskrivelse

Generel forløbsbeskrivelse til patienter med

..... afdeling, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital. Jan. 2010



Før kontakt		
<i>Patienten er ikke fysisk tilstede på hospitalet. Det er alle de handlinger, der foregår inden</i>		
Kerneydelse	Aktivitet (Hvilke handlinger er knyttet til kerneydelsen)	Ansvarlig
Henvisning/visitation	<i>Her beskrives hvordan patienten kommer i kontakt med sygehuset (fx 112 opkald, sygeplejevisitation, henvisninger og overflytninger).</i> <i>Hvem kan henvise patienter?</i> <i>Hvordan foregår henvisning af akutte, subakutte og elektive patienter – herunder indikationer og krav til henvisning?</i> <i>Hvordan foregår visitationen?</i> <i>Hvordan sikres at servicemål om ventetid overholdes?</i> <i>Hvordan er arbejdsgangen fra modtagelse af henvisning/visitation til der sendes svar til patienten?</i>	
Koordinering	<i>Her beskrives hvis der skal bestilles undersøgelser og andre tilsyn osv., samt hvordan der koordineres med andre afdelinger.</i> <i>Hvordan sikres at servicemål overholdes?</i> <i>Hvordan sikres en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af forløbet?</i>	
Patientinformation	<i>Her beskrives hvilken dialog, der foregår mellem patient og sundhedsfaglig personale herunder hvilken information der udveksles såvel mundtlig som skriftlig.</i> <i>Hvordan har patienten indflydelse på mødetidspunkt?</i> <i>Hvordan og hvornår orienteres patienten om det frie sygehusvalg og patientrettigheder inkl. ventetidsgarantier?</i> <i>I hvilket omfang kan pårørende deltage som støtte?</i> <i>Vedlægges spørgeskema om patientens data, skema om helbredsoplysninger, nuværende medicin o. lign. som patienten skal medbringe?</i> <i>Hvordan sikres informeret samtykke og kontaktkort?</i>	

Første kontakt <i>Her kan beskrives i forhold til ydelse, tid eller et sted (fx skadestue, afsnit, ambulatorium, præoperativt, forundersøgelse)</i> <i>Patientens første fysiske kontakt med sygehuset. Alt hvad der sker inden pt. starter behandling eller bliver opereret</i>		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Modtagelse	<i>Her beskrives hvad sker der med patienten, når patienten ankommer til sygehuset/afdelingen? (ca. det første kvarter eller indtil pleje og behandling indledes).</i> <i>Hvordan modtages patienten?</i> <i>Hvilke aktiviteter udføres administrativt og klinisk? (fx registrering, ventetid, rundvisning, gammel journal, adm. indlæggelse, overdragelse fra Falck)</i> <i>Hvad hjælpes patienten med umiddelbart? (fx omklædning, anvisning af seng)</i>	
Observation	<i>Her beskrives hvilke observationer, der skal foretages og dokumenteres ved modtagelsen?</i> <i>Hvilke værdier måles? (fx BT, P, temperatur, saturation, vægt).</i> <i>Hvilke data/oplysninger indsamles? (fx ankomststatus, objektiv undersøgelse, medicin, ernæringsstatus, trykskader, smerter.)</i> <i>Hvilke symptomer observeres og registreres?</i>	
Diagnostiske undersøgelser	<i>Her beskrives de diagnostiske undersøgelser jævnfør gældende retningslinjer</i> <i>Hvilke undersøgelser/kriterier skal være opfyldt før diagnosen stilles?</i> <i>Er der behov for laboratorium og billeddiagnostik eller andre undersøgelser?</i>	
Vurdering	<i>Her beskrives hvordan behandlingsplanen udarbejdes</i> <i>Hvordan lægges en behandlingsplan?</i> <i>Hvordan vurderes observationer og foreløbige diagnostiske undersøgelser?</i> <i>Foregår der tværfaglig vurdering?</i> <i>Foregår der en prioritering/visitation af patienten i forhold til det videre forløb?</i>	
Behandling og pleje	<i>Her beskrives den indledende behandling og pleje?</i>	

	• Hvilke rammeordinationer er der? (fx væske, ernæring, medicin) • Hvilke handlinger foregår omkring patienten? • Hvordan tages der vare på patientens ønsker og behov?	
Forebyggelse	Her beskrives forebyggende tiltag? (fx antidecubitusmadras, rygesamtale)	
Koordinering	Her beskrives hvordan forløbet koordineres og sikres • Hvilke informationer videregives og til hvem? (fx kontakt til sengeafsnit, operationsafsnit, primær sektor) • Skal der bestilles yderligere undersøgelser og tilsyn? • Hvilke papirer klargøres? • Hvordan sikres at journalen bliver skrevet hurtigst muligt?	
Patientinformation	Her beskrives hvilken dialog, der foregår mellem patient og sundhedsfaglig personale, herunder hvilken information der udveksles såvel mundtlig som skriftlig. • Hvilke informationer skal patienten have om diagnostik og behandlingsmuligheder, herunder komplikationer/risici ved undersøgelse/behandling eller ingen behandling? • Hvilke konsekvenser er der, såfremt patienten udebliver eller ikke ønsker at følge anbefalinger/krav? • Hvordan indhentes informeret samtykke? (fx vedr. behandling, undersøgelser, videregivelse af information) • Hvordan inddrages og informeres pårørende?	

Behandling/undersøgelse <i>Her beskrives i forhold til ydelse, tid eller et sted</i> <i>Patienten er indlagt eller behandles udelukkende i ambulant regi.</i>		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Modtagelse	<i>Her beskrives de aktiviteter, der foretages, når patienten modtages til fx medicinsk behandling, undersøgelse eller operation?</i> • <i>Hvordan modtages patienten?</i> • <i>Hvilke aktiviteter udføres administrativt og klinisk? (fx ved ankomst til operationsgangen, sengeafsnit)</i> • <i>Hvilke kliniske observationer og vurderinger foretages?</i> • <i>Hvordan sikres kortest mulig ventetid?</i>	
Behandling, pleje og rehabilitering	<i>Her beskrives aktiviteter knyttet til behandling og pleje før, under og efter undersøgelse/behandling/ operation?</i> • <i>Skal der foretages supplerende undersøgelser/tilsyn?</i> • <i>Hvilket udstyr skal være klar? (fx operationsudstyr, dråbetæller, seng)</i> • <i>Hvordan gøres patienten klar? (fx anlæggelse af KAD, venflon, lejring, præmedicin)</i> • <i>Hvilke aktiviteter udføres administrativt og klinisk? (fx forberedelse, bedøvelse, operationen, opstart af medicin)</i> • <i>Hvilke patientsikkerhedsmæssige foranstaltninger foretages? (fx 5 trin)</i> • <i>Hvordan behandles og plejes patienten inden for specifikke problemområder? (fx smerter, ernæring, mobilisering)</i> • <i>Hvordan monitoreres behandling og pleje?</i> • <i>Hvilke observationer og undersøgelser skal foretages?</i> • <i>Hvilke handlinger iværksættes på baggrund af patientens reaktioner/respons på behandling?</i>	
Forebyggelse	<i>Her beskrives hvilken follow-up, der skal være på forebyggelsestiltag iværksat ved indledende kontakt?</i> • <i>Skal behandlingen understøttes af vejledning i forebyggelse af fx livsstilssygdomme?</i>	
Koordinering	<i>Her beskrives hvordan den videre behandling koordineres og sikres?</i> • <i>Hvordan sikres det tværfaglige samarbejde?</i> • <i>Hvilke handlinger iværksættes i forhold til rehabilitering og udskrivelse?</i> • <i>Hvordan sikres kvaliteten? Er der registreringer? (Fx NIP, databaser og tjeklister)</i>	
Patientinformation	<i>Her beskrives hvilken dialog, der foregår mellem patient og sundhedsfaglig personale herunder hvilken information, der udveksles mundtlig som skriftlig.</i> • <i>Hvordan informeres patienterne? (fx stuegang, afvikling af samtaler)</i> • <i>Hvilke informationer skal patienten have som opfølgning på behandling og pleje?</i> • <i>Hvilke konsekvenser er der, såfremt patienten ikke ønsker at følge anbefalinger/krav?</i> • <i>Hvordan inddrages og informeres pårørende?</i>	

Udskrivelse/Afslutning <i>Ydelser, når patienten overgår til andet regi</i>		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Koordinering	<i>Her beskrives planlægning af overflytning/udskrivelse.</i> - Hvilke udskrivelseskriterier findes? - Hvornår i forløbet starter planlægningen af udskrivelse/afslutning af patientforløbet? - Hvordan sikres kvaliteten? Er der registreringer? (Fx NIP, databaser og tjeklister)	
Information til samarbejdspartner i primær sektor	<i>Her beskrives hvornår og hvordan der samarbejdes med primær sektor.</i> - Hvor tidligt skal primær sektor varsels? - Hvordan udarbejdes og videregives epikriser?	
Forebyggelse	<i>Her beskrives hvilke forebyggelsestiltag der iværksættes. (fx vacciner, tidlig opsporing af sygdomme, livsstilsændringer)</i>	
Plan for kontrol/ efterbehandling/ rehabilitering	<i>Her beskrives hvor og hvordan efterbehandling, kontrol, rehabilitering og genoptræning foregår.</i> - Hvornår og hvordan udarbejdes genoptræningsplan? - Hvordan sikres kvaliteten? Er der registreringer? (Fx NIP, databaser og tjeklister)	
Patientinformation	<i>Her beskrives, hvordan patient og pårørende inddrages og informeres vedrørende planlægning af udskrivelse/afslutning.</i> - Hvordan informeres patienten mundtligt og skriftligt? (fx udskrivningsbrev, foldere, epikriser) - Hvilke informationer skal patienten have om kontrol og efterbehandling/rehabilitering?	

Kontrol/efterbehandling/rehabilitering Her beskrives i forhold til ydelse, tid eller et sted Patienter er i ambulant regi		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Modtagelse	<i>Her beskrives, hvad der sker med patienten, når patienten ankommer til afsnit/ambulatorium/ klinik. (ca. det første kvarter eller indtil pleje og behandling indledes).</i> • <i>Hvordan modtages patienten?</i> • <i>Hvordan minimeres ventetiden?</i> • <i>Hvilke aktiviteter udføres administrativt og klinisk?</i> • <i>Hvad hjælpes patienten med umiddelbart?</i>	
Behandling pleje og rehabilitering	<i>Her beskrives hvilke kontrol og opfølgende tiltag, der iværksættes. (fx røntgen, vægt, undervisning, fysisk træning)</i>	
Forebyggelse	<i>Her beskrives iværksættelse og opfølgning af forebyggende tiltag.</i>	
Koordinering	<i>Her beskrives koordineringen af forløbet.</i> • <i>Hvor og hvordan registreres patientens mødetidspunkter.</i> • <i>Hvad sker der hvis patienten udebliver fra en kontrol?</i>	
Patientinformation	<i>Her beskrives, hvordan patient og pårørende inddrages og informeres i efterforløbet og evt. afslutningen af forløbet på sygehuset.</i> • <i>Hvordan informeres patienten mundtligt og skriftligt?</i>	
Afslutning	<i>Her beskrives hvornår og hvordan patienten afsluttes.</i>	