



# 0.Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulant)

## Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- skadestueforløb
- skadeklinikforløb

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 0.1 Kommunikation ved besøg i skadestue ([Fælles Akut Modtagelse\(FAM\)](#)/[Psykiatrisk Akut Modtagelse\(PAM\)](#))
- 0.2 Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestue ([Fælles Akut Modtagelse\(FAM\)](#)/[Psykiatrisk Akut Modtagelse\(PAM\)](#))

0.1 Kommunikation ved besøg i skadestue (FAM/PAM)										
0.1.1	Borger/kommune skal kontakte skadestuen inden besøg med henblik på visitation. På de psykiatriske skadestuer kræves der ingen forudgående visitation.									
	<table border="1"><thead><tr><th>0.1.2</th><th>Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem</th><th>Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem</th></tr></thead><tbody><tr><td>0.1.2</td><td><p><b>Kommunen er til stede i hjemmet, når borgeren sendes til skadestuen.</b></p><p>Hos borgere, som ikke kan kommunikere om egne data eller sygdomsforløb, afgør kommunen, om plejepersonalet skal ledsage borgeren. I tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren påføres et ID-armbånd jf. <a href="#">Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling.</a></p><p>Har kommunen relevante oplysninger, indhenter kommunens <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a>, og skadestuen kontaktes pr. telefon eller via <a href="#">skadestuekorrespondance</a> vedr.:</p><ul style="list-style-type: none"><li>• habituel tilstand</li><li>• årsag til skadestuekontakt</li><li>• akut telefonnummer i kommunen</li><li>• <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a></li></ul><p>Der medsendes evt. medicin, samt om nødvendigt et sæt tøj og et par sko.</p></td><td></td></tr><tr><td>0.1.3</td><td><p><b>Kommunen er <u>ikke</u> til stede i hjemmet når patienten/borgeren sendes til skadestuen.</b></p><p>Sygehuset skal spørge patienten/pårørende, om der er planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen, og kommunen kontaktes efterfølgende telefonisk via oplysninger på Sundhed.dk.</p><p>Mangler skadestuen oplysninger, indhenter sygehuset <a href="#">samtykke</a> til informationsudveksling og kommunen kontaktes telefonisk. Oplysningerne kan udveksles via telefon eller skadestuekorrespondance.</p></td><td><p>Allerede på dette tidspunkt skal sygehuset være opmærksom på, om der kan være noget i borgerens <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a>, som kan få betydning for det videre forløb. Denne viden skal videregives til kommunen så tidligt som muligt.</p><p>Oplysningerne kan indhentes ved at spørge borgeren eller dennes pårørende.</p></td></tr></tbody></table>	0.1.2	Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem	0.1.2	<p><b>Kommunen er til stede i hjemmet, når borgeren sendes til skadestuen.</b></p> <p>Hos borgere, som ikke kan kommunikere om egne data eller sygdomsforløb, afgør kommunen, om plejepersonalet skal ledsage borgeren. I tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren påføres et ID-armbånd jf. <a href="#">Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling.</a></p> <p>Har kommunen relevante oplysninger, indhenter kommunens <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a>, og skadestuen kontaktes pr. telefon eller via <a href="#">skadestuekorrespondance</a> vedr.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• habituel tilstand</li><li>• årsag til skadestuekontakt</li><li>• akut telefonnummer i kommunen</li><li>• <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a></li></ul> <p>Der medsendes evt. medicin, samt om nødvendigt et sæt tøj og et par sko.</p>		0.1.3	<p><b>Kommunen er <u>ikke</u> til stede i hjemmet når patienten/borgeren sendes til skadestuen.</b></p> <p>Sygehuset skal spørge patienten/pårørende, om der er planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen, og kommunen kontaktes efterfølgende telefonisk via oplysninger på Sundhed.dk.</p> <p>Mangler skadestuen oplysninger, indhenter sygehuset <a href="#">samtykke</a> til informationsudveksling og kommunen kontaktes telefonisk. Oplysningerne kan udveksles via telefon eller skadestuekorrespondance.</p>	<p>Allerede på dette tidspunkt skal sygehuset være opmærksom på, om der kan være noget i borgerens <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a>, som kan få betydning for det videre forløb. Denne viden skal videregives til kommunen så tidligt som muligt.</p> <p>Oplysningerne kan indhentes ved at spørge borgeren eller dennes pårørende.</p>
0.1.2	Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem								
0.1.2	<p><b>Kommunen er til stede i hjemmet, når borgeren sendes til skadestuen.</b></p> <p>Hos borgere, som ikke kan kommunikere om egne data eller sygdomsforløb, afgør kommunen, om plejepersonalet skal ledsage borgeren. I tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren påføres et ID-armbånd jf. <a href="#">Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling.</a></p> <p>Har kommunen relevante oplysninger, indhenter kommunens <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a>, og skadestuen kontaktes pr. telefon eller via <a href="#">skadestuekorrespondance</a> vedr.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• habituel tilstand</li><li>• årsag til skadestuekontakt</li><li>• akut telefonnummer i kommunen</li><li>• <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a></li></ul> <p>Der medsendes evt. medicin, samt om nødvendigt et sæt tøj og et par sko.</p>									
0.1.3	<p><b>Kommunen er <u>ikke</u> til stede i hjemmet når patienten/borgeren sendes til skadestuen.</b></p> <p>Sygehuset skal spørge patienten/pårørende, om der er planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen, og kommunen kontaktes efterfølgende telefonisk via oplysninger på Sundhed.dk.</p> <p>Mangler skadestuen oplysninger, indhenter sygehuset <a href="#">samtykke</a> til informationsudveksling og kommunen kontaktes telefonisk. Oplysningerne kan udveksles via telefon eller skadestuekorrespondance.</p>	<p>Allerede på dette tidspunkt skal sygehuset være opmærksom på, om der kan være noget i borgerens <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a>, som kan få betydning for det videre forløb. Denne viden skal videregives til kommunen så tidligt som muligt.</p> <p>Oplysningerne kan indhentes ved at spørge borgeren eller dennes pårørende.</p>								



0.2 Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestuen		
	Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
0.2.1	<p>Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sender sygehuset en <a href="#">skadestuekorrespondance</a>.</p> <p>Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling, kompressionsbehandling.</p> <p>Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <a href="#">FMK</a>.</p>	<p>Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sender sygehuset en <a href="#">skadestuekorrespondance</a>.</p> <p>Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling, kompressionsbehandling.</p> <p>Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <a href="#">FMK</a>.</p>
0.2.2	<p>Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen, hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette. Er dette ikke muligt for patienten eller eventuelt pårørende, understøtter sygehuset i relevant omfang patienten eller eventuelt pårørende med at kontakte kommunen herom som en del af den øvrige udskrivelsesplanlægning.</p>	
0.2.3	<p>Ved mindre ændringer i <a href="#">funktionsevnen</a>, orienteres kommunen om hjemsendelse via <a href="#">skadestuekorrespondance</a> senest, når patienten forlader sygehuset.</p> <p>Ved <a href="#">væsentlige ændringer</a> i <a href="#">funktionsevnen</a>, som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">skadestuekorrespondance</a>.</p> <p>Er der foretaget medicinændringer under besøget, skal der medgives en medicinliste</p>	<p>Er der behov for hjælp til personlig pleje, aftales dette telefonisk i god dialog med kommunen. Telefoniske aftaler dokumenteres i en <a href="#">skadestuekorrespondance</a>.</p> <p>Allerede på dette tidspunkt skal sygehuset være opmærksom på, om der kan være noget i borgerens <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a>, som kan få betydning for det videre forløb. Denne viden skal videregives til kommunen så tidligt som muligt.</p> <p>Oplysningerne kan indhentes ved at spørge borgeren eller dennes pårørende.</p>
0.2.4	<p>I de tilfælde, hvor patienten er <a href="#">færdigbehandlet</a> og kommunen ikke har mulighed for at hjemtage patienten på tidspunktet for færdigbehandling, f.eks. fordi kommunen skal koordinere og planlægge, indlægges patienten og sygehuset koder patienten <a href="#">færdigbehandlet</a>.</p> <p>Indlæggelsen bevirker dog ikke, at der skal udarbejdes en plejeforløbsplan eller udskrivningsrapport, idet udskrivningen allerede er planlagt fra skadestuen.</p>	
0.2.5	<p>Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.</p> <p>Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren.</p> <p>Såfremt der skal handles fra kommunens side inden næste tidspunkt for læsning af korrespondancen, skal kommunen kontaktes telefonisk (dette dokumenteres i journalen).</p>	
0.2.6	<p>Sygehuset afsender epikrise i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p>Epikrisen kan indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• diagnostik og behandling</li><li>• udarbejdet af</li><li>• årsag til henvisning</li><li>• resumé af forløbet</li><li>• medicinstatus</li></ul>	



- information til patienten
- ikke afsluttede undersøgelser
- sygemelding
- socialmedicin
- efterbehandling
- anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse
- [behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler.](#)

Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for [epikrise](#), skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.

Evt. [genoptræningsplan](#) fremsendes.

# 1. Indsatsen før evt. ambulantly forløb eller indlæggelse

## Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Kommunens forebyggende og opsporende tiltag
- Borgerhenvendelser til praktiserende læge/vagtlæge
- At kommune og praktiserende læge er i dialog vedr. evt. indsats

## Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 1.0 Forebyggende tiltag i kommunen
- 1.1 Primærsektorens indsatser overfor borgere i risikogrupper
- 1.2 Praktiserende læges vurdering og indsatser

<b>1.0</b>	<b>Forebyggende tiltag i kommunen</b>	
	Med henblik på forebyggelse tilbyder kommunen forebyggende tiltag, herunder eksempelvis forebyggende hjemmebesøg, én gang årligt hos borgere jf. gældende lovgivning.	
<b>1.1</b>	<b>Primærsektorens indsatser overfor borgere i risikogrupper</b>	
	<b>Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem</b>	<b>Patienter, der ikke er kendt i det kommunale omsorgssystem</b>
1.1.1		Borgeren tager ved symptomer mv. kontakt til praktiserende læge i dagtid eller til vagtlæge i vagttid.
1.1.2	<b>Kommunernes observationer og indsatser</b>	<b>Praktiserende læge/vagtlægers første vurdering</b>
1.1.3	<p>Er der ændringer i borgerens tilstand, skal kommunen hurtigst muligt iværksætte en række indsatser.</p> <p>Dette kan f.eks. være tværfaglig koordinering og kommunikation mellem de forskellige grupper af medarbejdere, som har at gøre med den enkelte borger, f.eks. Social og sundhedshjælpere, -assistenter, sygeplejersker, terapeuter, praktiserende læge m.fl.</p> <p>Ved ændringer i borgerens tilstand, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fald i <a href="#">funktionsevne</a></li> <li>• dårlig væske-/ernæringstilstand</li> <li>• forværring af tilstand</li> <li>• dårlig almen tilstand</li> <li>• feber, konfusion el. anden akut forværring</li> <li>• faldtendenser</li> <li>• sociale og mentale ressourcer/netværk</li> </ul> <p>skal der udarbejdes en faglig vurdering af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand og fremtidige behov. På baggrund af denne iværksættes relevante indsatser.</p>	<p>Praktiserende læge foretager relevante undersøgelser og udarbejder en vurdering af borgeren på baggrund af borgerens symptomer. Vurderingen danner baggrund for yderligere tiltag.</p>

	<p>Ved den særligt svækkede ældre medicinske patient skal man være opmærksom på <a href="#">DÆMP-indsatsen</a>.</p> <p>Ovenstående skal dokumenteres i kommunens elektroniske omsorgsjournal.</p> <p>Praktiserende læge/vagtlæge inddrages ved behov.</p>	
<b>1.2</b>	<b>Praktiserende læges vurdering og indsatser</b>	
	<b>Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem</b>	<b>Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem</b>
1.2.1	<p>Lægen vurderer i fælleskab med kommunen muligheder for den videre varetagelse i kommunalt regi. I bekræftende fald aftales nødvendige kommunale foranstaltninger samt evt. lægeligt tilsyn.</p>	<p>Lægen kan kontakte kommunen og undersøge muligheder for evt. videre varetagelse i kommunalt regi.</p>
1.2.2	<p>Praktiserende læge kan tage initiativ til at foretage et <a href="#">opsøgende hjemmebesøg</a> hos skrøbelige ældre medborgere. Besøget har et forebyggende sigte.</p> <p>Ved den særligt svækkede ældre medicinske patient skal man være opmærksom på <a href="#">DÆMP- indsatsen</a>.</p> <p>Praktiserende læge henviser elektronisk til indlæggelse af en borger.</p> <p>Enhver kan i livstruende situationer, via telefonisk henvendelse til alarmcentralen alarmkald 112, iværksætte akut kørsel til sygehus.</p>	

## 2. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb

### Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- ambulante patientforløb af kortere eller længere varighed
- patientforløb i dagafsnit, der betragtes som ambulante behandling

### Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 2.1 Kommunikation ved ambulante patientforløb
- 2.2 Kommunikation ved behandlingsforløb
- 2.3 Kommunikation ved afslutning af et ambulante forløb

2.1	Kommunikation ved ambulante patientforløb
2.1.1	<p><a href="#">Sygehushenvisning</a> skal ske elektronisk fra praktiserende læge. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <a href="#">FMK</a>.</p>
2.1.2	<p>Sygehuset modtager <a href="#">henvisningen</a>, og sender senest 2 hverdage (for psyk. senest 8 hverdage) efter en indkaldelse til borgeren om tid og sted for første ambulante kontakt.</p> <p>Sygehuset fremsender <a href="#">bookingsvar</a> til den praktiserende læge.</p>
2.1.3	<p>Samtale med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra <a href="#">henvisning</a> anvendes.</p> <p>Samtalen kan omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patientens habituelle tilstand</li> <li>• information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet</li> <li>• vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer</li> <li>• oplysninger om kontaktperson (ved 2 eller flere ambulante besøg)</li> </ul> <p>Skal der udveksles information med kommunen og evt. pårørende, indhenter sygehuset samtykke til <a href="#">informationsudveksling</a>.</p>
2.1.4	<p>I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal sygehus, kommune og praktiserende læge være opmærksom på patientens egenomsorgsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicinændringer</li> <li>• sygepleje</li> <li>• personlig pleje</li> <li>• praktisk bistand</li> <li>• hjælpemidler</li> <li>• forebyggelse</li> <li>• genoptræning</li> <li>• DÆMP indsats (<a href="#">link til nøgleord</a>)</li> <li>• evt. operationsforberedelse</li> <li>• evt. opfølgning</li> <li>• <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a></li> </ul>
2.2	Kommunikation ved behandlingsforløb
2.2.1	<p>Efter hvert ambulante besøg sendes et <a href="#">ambulant notat</a> til praktiserende læge.</p> <p>For psykiatriske patienter sendes der derudover også en behandlingsplan, hvis der er ændringer.</p> <p>Kommunen orienteres via <a href="#">ambulant korrespondance</a>, hvis der er ændringer eller behov for kommunale indsatser.</p>
2.2.2	<p>Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen, hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette. Er dette ikke muligt for patienten eller eventuelt pårørende, understøtter sygehuset i</p>

	relevant omfang patienten eller eventuelt pårørende med at kontakte kommunen herom som en del af den øvrige udskrivelsesplanlægning.	
2.2.3	Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sendes en ambulante korrespondance.  Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling, kompressionsbehandling.  Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <a href="#">FMK</a> .	
	<b>Patienter, der er kendt i det kommunale omsorgssystem</b>	<b>Patienter, der ikke er kendt i det kommunale omsorgssystem</b>
2.2.4	Forud for ambulante besøg kan kommunen med borgerens <a href="#">samtykke</a> sende en <a href="#">ambulant korrespondance</a> med relevante patientoplysninger.  Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger.  Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være: <ul style="list-style-type: none"> <li>• observation og pleje</li> <li>• Årsag til evt. medicinændring</li> <li>• genoptræning</li> <li>• hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger</li> </ul> Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant korrespondance</a> .  Er der planlagte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer f.eks. som følge af operation, aftales dette nærmere med kommunen via <a href="#">ambulant korrespondance</a> forud for indgrebet.	Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en <a href="#">ambulant korrespondance</a> , om oprettelse i det kommunale system, f.eks.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• observation, pleje, praktisk hjælp</li> <li>• Årsag til evt. medicinændring</li> <li>• genoptræning</li> <li>• hjælpemidler og forebyggende foranstaltninger</li> </ul> Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant korrespondance</a> .  Er der planlagte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer f.eks. som følge af operation, aftales dette nærmere med kommunen via <a href="#">ambulant korrespondance</a> forud for indgrebet.  Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den <a href="#">ambulante korrespondance</a> .
2.2.5	Såfremt tidspunktet for det ambulante besøg (eks. operationsdato) ændres orienteres kommunen via <a href="#">ambulant korrespondance</a> .	
2.2.6	Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen. Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet på hverdage. Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage. Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren.  Såfremt der skal handles fra kommunens side inden næste tidspunkt for læsning af korrespondancen, skal kommunen kontaktes telefonisk (dette dokumenteres i journalen).	
<b>2.3</b>	<b>Kommunikation ved afslutning af ambulante forløb</b>	
2.3.1	Sygehuset afsender <a href="#">epikrise</a> i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål. <a href="#">Epikrisen</a> kan indeholde oplysninger om: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostik og behandling</li> <li>• udarbejdet af</li> <li>• årsag til <a href="#">henvisning</a></li> <li>• resumé af forløbet</li> <li>• medicinstatus</li> <li>• information til patienten</li> <li>• ikke afsluttede undersøgelser</li> <li>• sygemelding</li> <li>• socialmedicin</li> </ul>	

- efterbehandling
- anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse
- behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler.

Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.

Evt. genoptræningsplan fremsendes.



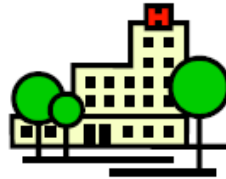
## 2. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb



Region Syddanmark  
og de 22 kommuner



Egen læge henviser elektronisk til sygehuset



Sygehus modtager henvisning og sender brev til borger samt elektronisk bookingsvar til egen læge.



Ved 1. ambulante konsultation gennemføres samtale. Dokumenteres i journal.



Sygehuset diagnosticerer og behandler. Ved behov for kommunale ydelser orienteres kommunen via Ambulant korrespondance



Sygehus orienterer løbende egen læge /kommune via ambulant notat /ambulant korrespondance, hvis det/de ambulante besøg medfører ændringer i det planlagte forløb



Patient hjemsendes. Sygehus registrerer patienten som afsluttet.



Egen læge orienteres via ambulant notat + Evt. GGOP

## 3. Behandlingsforløb under 48 timer\_Kommunikation og samarbejde

### Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- akutte og planlagte indlæggelsesforløb under 48 timers varighed

### Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 3.1 Kommunikation ved indlæggelse
- 3.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb
- 3.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen
- 3.4 Kommunikation ved udskrivelsen

3.1 Kommunikation ved indlæggelse		
3.1.1	<a href="#">Sygehushenvisning</a> skal ske elektronisk fra praktiserende læge/vagtlæge.	
	Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem
3.1.2	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro.  Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.	Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten tidstro.
3.1.3	<p>Kommunen fremsender automatisk <a href="#">indlæggelsesrapport</a>.</p> <p>Sygehuset skal indhente samtykke til <a href="#">informationsudveksling</a> inden indlæggelsesrapporten åbnes og læses. Ved manglende <a href="#">samtykke</a>.</p> <p>Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.</p> <p>Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via <a href="#">indlagt korrespondance</a> eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via <a href="#">indlæggelsesrapport, indlagt korrespondance</a> eller telefon.</p> <p><a href="#">Indlæggelsesrapporten</a> oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stamdata (inkl. pårørende)</li> <li>• kontaktdata i kommunen</li> <li>• <a href="#">hjælpemidler/behandlingsredskaber</a></li> <li>• ydelser               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sygepleje</li> <li>○ personlig pleje</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra patienten, eventuelle pårørende/netværkspersoner og praktiserende læge.</p> <p>Oplysningerne kan vedrøre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktuel medicin</li> <li>• fysisk/psykisk/social <a href="#">funktionsevne</a></li> <li>• evt. brug af hjælpemidler</li> <li>• <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a></li> </ul> <p>evt. vaner, der bør tages hensyn til pårørende og ressourcer i omgivelserne</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ praktisk hjælp</li> <li>○ træning</li> <li>○ boligtype</li> <li>○ øvrige ydelser</li> <li>● lokale medicinordinationer/CAVE           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ seneste administration af depot</li> <li>○ PN administrationer indenfor de sidste 24 timer</li> <li>○ <a href="#">Medicinsvigt</a></li> <li>○ dosisdispensering</li> </ul> </li> <li>● årsag til aktuell indlæggelse</li> <li>● smitterisiko (medio 2016)</li> <li>● <a href="#">funktionsevne</a></li> </ul> sygeplejefaglige problemområder (medio 2016)	
3.1.4	Patienten medbringer medicin og personlige hjælpemidler til sygehuset.  Ved akutte indlæggelser kan sygehuset rekvirere medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende  Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <a href="#">FMK</a> .	
<b>3.2</b>	<b>Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb</b>	
3.2.1	Samtalen med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra <a href="#">henvisning</a> samt <a href="#">indlæggelsesrapport</a> anvendes.  Samtalen kan omfatte: <ul style="list-style-type: none"> <li>● patientens habituelle tilstand</li> <li>● information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet</li> <li>● vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer</li> <li>● oplysninger om kontaktperson</li> </ul>	
3.2.2	I det tværsektorielle samarbejde skal sygehus, kommune og praktiserende læge være opmærksom på patientens egenomsorgsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: <ul style="list-style-type: none"> <li>● medicinændringer</li> <li>● sygepleje</li> <li>● personlig pleje</li> <li>● praktisk bistand</li> <li>● <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a></li> <li>● hjælpemidler</li> <li>● forebyggelse</li> <li>● genoptræning</li> <li>● <a href="#">DÆMP</a> indsatser</li> </ul>	Allerede på dette tidspunkt skal sygehuset være opmærksom på, om der kan være noget i borgerens <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a> , som kan få betydning for det videre forløb. Denne viden skal videregives til kommunen så tidligt som muligt. Oplysningerne kan indhentes ved at spørge borgeren eller dennes pårørende.
<b>3.3</b>	<b>Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen</b>	
	<b>Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem</b>	<b>Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem</b>
3.3.1	Er der alene behov for sygeplejefaglige indsatser, sendes en <a href="#">udskrivningsrapport</a> .  Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være injektioner, medicinændringer, øjendrypning, sårbehandling eller kompressionsbehandling.  Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <a href="#">FMK</a> .	
3.3.2	Ved ingen eller mindre ændringer i <a href="#">funktionsevnen</a> , orienteres kommunen om udskrivelse via <a href="#">udskrivningsrapport</a> senest, når patienten forlader sygehuset.	Er der behov for hjælp til personlig pleje, aftales dette telefonisk i god dialog med kommunen. Telefoniske aftaler dokumenteres i en korrespondance.

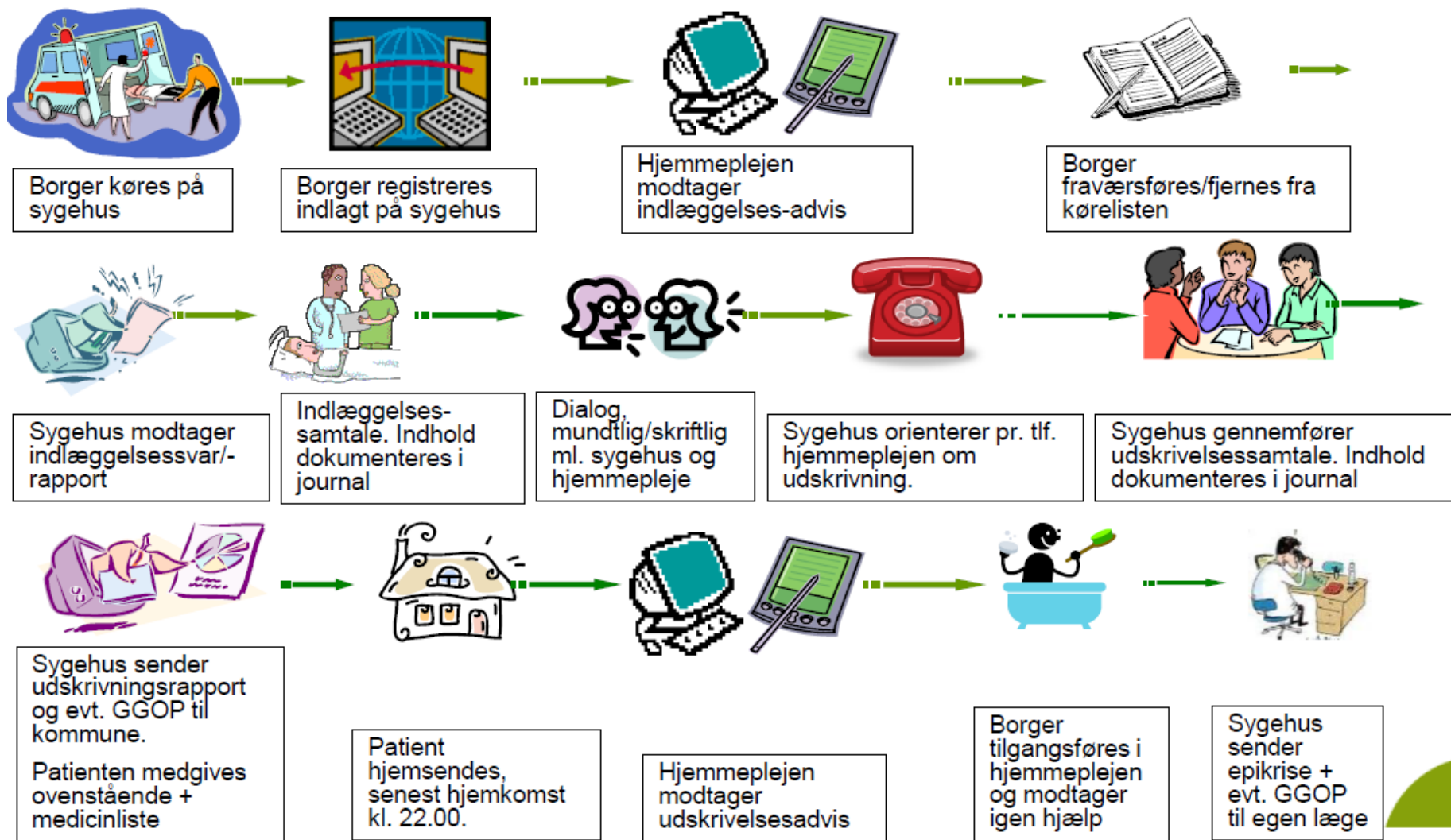
	Ved <u>væsentlige ændringer</u> i <u>funktionsevnen</u> , som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon.	
3.3.3	I telefonsamtalen mellem sygehus og kommune afdækkes <u>funktionsevne</u> , færdigbehandlingsdato og eventuelt behov for <u>behandlingsredskaber/hjælpemidler</u> .  Ovenstående dokumenteres i en <u>indlagt korrespondance</u> , som umiddelbart efter endt dialog sendes til kommunen.	
3.3.4	Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette. Er dette ikke muligt for patienten eller eventuelt pårørende, understøtter sygehuset i relevant omfang patienten eller eventuelt pårørende med at kontakte kommunen herom som en del af den øvrige udskrivelsesplanlægning.	
3.3.5	I de tilfælde, hvor patienten er <u>færdigbehandlet</u> og kommunen ikke har mulighed for at hjemtage patienten på tidspunktet for færdigbehandling, f.eks. fordi kommunen skal koordinere og planlægge, indlægges patienten og sygehuset koder patienten færdigbehandlet. Overskrider indlæggelsen 48 timer, skal der ikke udarbejdes en <u>plejeforløbsplan</u> , da udskrivelsen er planlagt inden for rammen af behandlingsforløb under 48 timer.	
<b>3.4</b>	<b>Kommunikation ved udskrivelsen</b>	
3.4.1	I udskrivessamtalen gives information til patienten og eventuelt pårørende, som kan omfatte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostik, pleje, behandlingsforløbet</li> <li>• efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning</li> <li>• medicin:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ OBS. evt. ændring i dosisdispensering</li> <li>○ hvad medgives,</li> <li>○ hvad skal afhentes,</li> <li>○ hvad udbringes fra apoteket</li> </ul> </li> <li>• aftaler med kommunen</li> <li>• sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag</li> </ul> Status, resumé og aftaler dokumenteres i udskrivningsrapporten.	
3.4.2	Senest ved udskrivelsen sendes en <u>udskrivningsrapport</u> samt eventuelt <u>genoptræningsplan</u> til hjemkommunen.  Udskrivningsrapporten indeholder bl.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• stamdata inkl. pårørende</li> <li>• indlæggelses-, færdigbehandlings-og udskrivningsdato</li> <li>• årsag til aktuel indlæggelse</li> <li>• indlæggelsesforløb</li> <li>• sygeplejefaglige problemområder</li> <li>• smitterisiko</li> <li>• diagnoser</li> <li>• <u>funktionsevne</u> ved udskrivning</li> <li>• <u>hjælpemidler/behandlingsredskaber</u></li> <li>• lokale medicinordinationer/CAVE           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ seneste administration af depot</li> <li>○ PN administrationer indenfor de sidste 24 timer</li> <li>○ <u>Medicinsvigt</u></li> <li>○ recept til apotek</li> <li>○ afhentning/udbringning</li> <li>○ dosisdispensering genbestilt af sygehuset efter lægefaglig vurdering</li> </ul> </li> <li>• aftaler omkring kost 1. døgn efter udskrivelse</li> <li>• fremtidige aftaler inkl. evt. ambulant opfølgning           <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>DÆMP indsatser</u> (dokumenteres i sygeplejefagligt problemområde "Viden og udvikling")</li> </ul> </li> <li>• Instruks og vejledninger kan medsendes som link</li> </ul>	

	Patienten medgives en kopi af <a href="#">udskrivningsrapport</a> , medicinliste fra <a href="#">FMK</a> og evt. <a href="#">genoptræningsplan</a> .
3.4.3	<p>Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.</p> <p>Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren.</p> <p>Såfremt der skal handles fra kommunens side inden næste tidspunkt for læsning af korrespondancen, skal kommunen kontaktes telefonisk (dette dokumenteres i journalen).</p>
3.4.4	<p>Patienten hjemsendes alle dage, dog senest til hjemkomst kl. 22.00.</p> <p>Sygehuset arrangerer <a href="#">hjemtransport</a>, såfremt patienten er berettiget hertil, jf. <a href="#">regler for befordring</a>.</p> <p>Sygehuset registrerer patientens udskrivelse <a href="#">tidstro</a> og der sendes automatisk et udskrivelsesadvis til kommunen.</p> <p>Ved patientforløb, som pludselig bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart herefter med en <a href="#">udskrivningsrapport</a>.</p>
3.4.5	<p>Sygehuset afsender <a href="#">epikrise</a> i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p><a href="#">Epikrisen</a> kan indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostik og behandling</li> <li>• udarbejdet af</li> <li>• årsag til henvisning</li> <li>• resumé af forløbet</li> <li>• medicinstatus</li> <li>• information til patienten</li> <li>• ikke afsluttede undersøgelser</li> <li>• sygemelding</li> <li>• socialmedicin</li> <li>• efterbehandling</li> <li>• anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse</li> <li>• <a href="#">behandlingsredskaber</a> og/eller evt. behov for hjælpemidler.</li> </ul> <p>Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for <a href="#">epikrise</a>, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.</p> <p>Evt. <a href="#">genoptræningsplan</a> fremsendes.</p>

# 3. Patientforløb under 48 timer



Region Syddanmark  
og de 22 kommuner



## 4. Behandlingsforløb over 48 timer\_Kommunikation og samarbejde

 SAM:BO forløb 3  
Revideret: 17.4.2023

### Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- akutte og planlagte indlæggelsesforløb over 48 timers varighed

### Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 4.1 Kommunikation ved indlæggelse
- 4.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb
- 4.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen
- 4.4 Kommunikation ved udskrivelsen

4.1 Kommunikation ved indlæggelse							
4.1.1	<a href="#">Sygehushenvisning</a> skal ske elektronisk fra praktiserende læge/vagtlæge.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem</th> <th>Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.1.2</td> <td> <p>Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten <a href="#">tidstro</a>.</p> <p>Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.</p> </td> </tr> <tr> <td>4.1.3</td> <td> <p>Kommunen fremsender automatisk <a href="#">indlæggelsesrapport</a>.</p> <p>Sygehuset skal indhente <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a> inden <a href="#">indlæggelsesrapporten</a> åbnes og læses.</p> <p>Ved <a href="#">manglende samtykke</a>.</p> <p>Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.</p> <p>Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via <a href="#">indlagt korrespondance</a> eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via <a href="#">indlæggelsesrapport</a>, <a href="#">indlagt korrespondance</a> eller telefon.</p> <p><a href="#">Indlæggelsesrapporten</a> oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>stamdata (inkl. pårørende)</li> <li>kontaktdata i kommunen</li> <li><a href="#">hjælpemidler/ behandlingsredskaber</a></li> <li>Ydelser</li> <li>sygepleje               <ul style="list-style-type: none"> <li>personlig pleje</li> <li>praktisk hjælp</li> <li>træning</li> <li>boligtype</li> <li>øvrige ydelser</li> </ul> </li> <li>Lokale medicinordinationer/CAVE</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem	4.1.2	<p>Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten <a href="#">tidstro</a>.</p> <p>Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.</p>	4.1.3	<p>Kommunen fremsender automatisk <a href="#">indlæggelsesrapport</a>.</p> <p>Sygehuset skal indhente <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a> inden <a href="#">indlæggelsesrapporten</a> åbnes og læses.</p> <p>Ved <a href="#">manglende samtykke</a>.</p> <p>Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.</p> <p>Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via <a href="#">indlagt korrespondance</a> eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via <a href="#">indlæggelsesrapport</a>, <a href="#">indlagt korrespondance</a> eller telefon.</p> <p><a href="#">Indlæggelsesrapporten</a> oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>stamdata (inkl. pårørende)</li> <li>kontaktdata i kommunen</li> <li><a href="#">hjælpemidler/ behandlingsredskaber</a></li> <li>Ydelser</li> <li>sygepleje               <ul style="list-style-type: none"> <li>personlig pleje</li> <li>praktisk hjælp</li> <li>træning</li> <li>boligtype</li> <li>øvrige ydelser</li> </ul> </li> <li>Lokale medicinordinationer/CAVE</li> </ul>
Patienter, der <u>er</u> kendt i det kommunale omsorgssystem	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det kommunale omsorgssystem						
4.1.2	<p>Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten <a href="#">tidstro</a>.</p> <p>Der sendes automatisk indlæggelsesadvis til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.</p>						
4.1.3	<p>Kommunen fremsender automatisk <a href="#">indlæggelsesrapport</a>.</p> <p>Sygehuset skal indhente <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a> inden <a href="#">indlæggelsesrapporten</a> åbnes og læses.</p> <p>Ved <a href="#">manglende samtykke</a>.</p> <p>Vurderer kommunen, at der er væsentlige ændringer i forhold til indholdet i den automatiske indlæggelsesrapport, skal der fremsendes en supplerende manuel indlæggelsesrapport indenfor 8 timer med tydelig angivelse af "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger.</p> <p>Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via <a href="#">indlagt korrespondance</a> eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via <a href="#">indlæggelsesrapport</a>, <a href="#">indlagt korrespondance</a> eller telefon.</p> <p><a href="#">Indlæggelsesrapporten</a> oplyser bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>stamdata (inkl. pårørende)</li> <li>kontaktdata i kommunen</li> <li><a href="#">hjælpemidler/ behandlingsredskaber</a></li> <li>Ydelser</li> <li>sygepleje               <ul style="list-style-type: none"> <li>personlig pleje</li> <li>praktisk hjælp</li> <li>træning</li> <li>boligtype</li> <li>øvrige ydelser</li> </ul> </li> <li>Lokale medicinordinationer/CAVE</li> </ul>						

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seneste administration af depot</li> <li>○ PN administrationer indenfor de sidste 24 timer</li> <li>○ <a href="#">Medicinsvigt</a></li> <li>○ dosisdispensering</li> <li>● årsag til aktuel indlæggelse</li> <li>● smitterisiko</li> <li>● <a href="#">funktionsevne</a></li> <li>● sygeplejefaglige problemområder</li> </ul>	
4.1.4	<p>Patienten medbringer medicin og personlige hjælpemidler til sygehuset.</p> <p>Ved akutte indlæggelser kan sygehuset rekvirere medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende.</p> <p>Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <a href="#">FMK</a>. Modtager patienten dosisdispenseret medicin, skal sygehuset pausere dette ved at tage kontakt til apotek</p>	
<b>4.2</b>	<b>Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb</b>	
4.2.1	<p>Samtalen med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra <a href="#">henvisning</a> samt <a href="#">indlæggelsesrapport</a> anvendes.</p> <p>Samtalen kan omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● patientens habituelle tilstand</li> <li>● information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet</li> <li>● vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer</li> <li>● oplysninger om kontaktperson</li> </ul>	
4.2.2	<p>I det tværsektorielle samarbejde skal sygehus, kommune og praktiserende læge være opmærksom på patientens egenomsorgsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● medicinændringer</li> <li>● sygepleje</li> <li>● personlig pleje</li> <li>● praktisk bistand</li> <li>● <a href="#">bolig- og adgangsforhold</a></li> <li>● hjælpemidler</li> <li>● forebyggelse</li> <li>● genoptræning</li> <li>● <a href="#">DÆMP</a> indsatser</li> </ul>	
4.2.3	<p>For patienter, der modtager eller skal opstarte kommunale indsatser, sendes en <a href="#">plejeforløbsplan</a> på baggrund af en behandlingsplan tidligst muligt eller senest 48 timer efter indlæggelsen.</p> <p>Dette gælder dog ikke for patienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● der er indlagt på intensiv afdeling. Her sendes plejeforløbsplanen hurtigst muligt efter overflytning til stamafdeling</li> <li>● der samtidigt er registreret indlagt i psykiatrien i forbindelse med tvang. Her sendes <a href="#">plejeforløbsplanen</a> fra somatik.</li> </ul> <p><a href="#">Plejeforløbsplan</a> udarbejdes i samarbejde med patienten og indeholder relevante oplysninger som:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● stamdata, herunder pårørende</li> <li>● indlæggelsesdato</li> <li>● forventet udskrivnings-/færdigbehandlingsdato</li> <li>● aftalt udskrivningsdato</li> <li>● årsag til aktuel indlæggelse</li> <li>● forventet indlæggelsesforløb</li> <li>● smitterisiko</li> <li>● yderligere koordinering</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ boligændringer</li> <li>○ hjælpemidler</li> <li>○ genoptræning</li> <li>○ sygepleje</li> <li>○ medicinadministration</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#">DÆMP indsatser</a> (dokumenteres i sygeplejefagligt problemområde "Viden og udvikling")</li> <li>● <a href="#">udvidet koordinering</a></li> <li>● forventet <a href="#">funktionsevne</a> ved udskrivning</li> <li>● sygeplejefaglige problemområder</li> </ul> <p><a href="#">Plejeforløbsplanen</a> fungerer dermed som et planlægningsværktøj til kommunen i forbindelse med patientens udskrivelse.</p> <p>Ved ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendt <a href="#">plejeforløbsplan</a>, skal det tydelig angives i et nyt afsnit med "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Husk altid begrundelse for ændringer.</p> <p>For patienter, der indlægges fredag efter kl. 14.30 eller hvor kommunen modtager en <a href="#">plejeforløbsplan</a> efter kl. 15.30 fredag eftermiddag, og hvor patienten ønskes udskrevet inden mandag middag, tager sygehuset tidligst muligt telefonisk kontakt til kommunen for at aftale nærmere.</p>		
<b>4.3</b>	<b>Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen</b>		
4.3.0	<p>Ved behov for hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask, hvor patienten ikke tidligere har modtaget dette, skal denne eller evt. pårørende, selv kontakte kommunen hvis det vurderes, at patientens egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette.</p> <p>Er dette ikke muligt for patienten eller eventuelt pårørende, understøtter sygehuset i relevant omfang patienten eller eventuelt pårørende med at kontakte kommunen herom som en del af den øvrige udskrivelsesplanlægning.</p>		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Patienter med <u>ukompliceret udskrivelsesforløb</u></b> Uændret eller mindre ændringer i <a href="#">funktionsevne</a> og hjælpebehov.</td> <td style="width: 50%;"><b>Patienter med <u>kompliceret udskrivelsesforløb</u></b> <a href="#">Væsentlige ændringer</a> i <a href="#">funktionsevne</a> og hjælpebehov.</td> </tr> </table>	<b>Patienter med <u>ukompliceret udskrivelsesforløb</u></b> Uændret eller mindre ændringer i <a href="#">funktionsevne</a> og hjælpebehov.	<b>Patienter med <u>kompliceret udskrivelsesforløb</u></b> <a href="#">Væsentlige ændringer</a> i <a href="#">funktionsevne</a> og hjælpebehov.
<b>Patienter med <u>ukompliceret udskrivelsesforløb</u></b> Uændret eller mindre ændringer i <a href="#">funktionsevne</a> og hjælpebehov.	<b>Patienter med <u>kompliceret udskrivelsesforløb</u></b> <a href="#">Væsentlige ændringer</a> i <a href="#">funktionsevne</a> og hjælpebehov.		
4.3.1	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">           Kommunen sender en kvittering for <a href="#">plejeforløbsplanen</a> senest 8 timer efter, <a href="#">plejeforløbsplanen</a> er modtaget. Dog er det kun plejeforløbsplaner modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag.  Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.         </td> <td style="width: 50%;">           Kommunen sender en kvittering for <a href="#">plejeforløbsplanen</a> senest 8 timer efter, <a href="#">Plejeforløbsplanen</a> er modtaget. Dog er det kun <a href="#">plejeforløbsplaner</a> modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag.  Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål og angive evt. behov for <a href="#">udvidet koordinering</a>.         </td> </tr> </table>	Kommunen sender en kvittering for <a href="#">plejeforløbsplanen</a> senest 8 timer efter, <a href="#">plejeforløbsplanen</a> er modtaget. Dog er det kun plejeforløbsplaner modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag.  Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.	Kommunen sender en kvittering for <a href="#">plejeforløbsplanen</a> senest 8 timer efter, <a href="#">Plejeforløbsplanen</a> er modtaget. Dog er det kun <a href="#">plejeforløbsplaner</a> modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag.  Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål og angive evt. behov for <a href="#">udvidet koordinering</a> .
Kommunen sender en kvittering for <a href="#">plejeforløbsplanen</a> senest 8 timer efter, <a href="#">plejeforløbsplanen</a> er modtaget. Dog er det kun plejeforløbsplaner modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag.  Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.	Kommunen sender en kvittering for <a href="#">plejeforløbsplanen</a> senest 8 timer efter, <a href="#">Plejeforløbsplanen</a> er modtaget. Dog er det kun <a href="#">plejeforløbsplaner</a> modtaget inden kl. 15.30 på hverdage, der skal kvitteres for samme dag.  Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål og angive evt. behov for <a href="#">udvidet koordinering</a> .		
4.3.2	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">           Når kommunen har kvitteret for /accepteret <a href="#">plejeforløbsplanen</a> uden yderligere kommentarer, gælder <a href="#">plejeforløbsplanen</a> som aftale om udskrivelse.         </td> <td style="width: 50%;">           Den, der efterspørger <a href="#">udvidet koordinering</a>, har ansvaret for i samarbejde med den anden sektor at aftale dato og tidspunkt. Den <a href="#">udvidet koordinering</a> gennemføres senest 2 dage efter.         </td> </tr> </table>	Når kommunen har kvitteret for /accepteret <a href="#">plejeforløbsplanen</a> uden yderligere kommentarer, gælder <a href="#">plejeforløbsplanen</a> som aftale om udskrivelse.	Den, der efterspørger <a href="#">udvidet koordinering</a> , har ansvaret for i samarbejde med den anden sektor at aftale dato og tidspunkt. Den <a href="#">udvidet koordinering</a> gennemføres senest 2 dage efter.
Når kommunen har kvitteret for /accepteret <a href="#">plejeforløbsplanen</a> uden yderligere kommentarer, gælder <a href="#">plejeforløbsplanen</a> som aftale om udskrivelse.	Den, der efterspørger <a href="#">udvidet koordinering</a> , har ansvaret for i samarbejde med den anden sektor at aftale dato og tidspunkt. Den <a href="#">udvidet koordinering</a> gennemføres senest 2 dage efter.		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;">           Forespørgsel om <a href="#">udvidet koordinering</a> ændrer/udskyder ikke en evt. færdigbehandlingsdato, da færdigbehandlingsdatoen er en lægefaglig vurdering/beslutning.         </td> </tr> </table>		Forespørgsel om <a href="#">udvidet koordinering</a> ændrer/udskyder ikke en evt. færdigbehandlingsdato, da færdigbehandlingsdatoen er en lægefaglig vurdering/beslutning.
	Forespørgsel om <a href="#">udvidet koordinering</a> ændrer/udskyder ikke en evt. færdigbehandlingsdato, da færdigbehandlingsdatoen er en lægefaglig vurdering/beslutning.		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;">           For patienter, der indlægges efter fredag kl. 14.30, og hvor der ønskes <a href="#">udvidet koordinering</a> mandag, afsendes <a href="#">plejeforløbsplanen</a> hurtigst muligt, og der tages efterfølgende telefonisk kontakt til kommunen mandag morgen.         </td> </tr> </table>		For patienter, der indlægges efter fredag kl. 14.30, og hvor der ønskes <a href="#">udvidet koordinering</a> mandag, afsendes <a href="#">plejeforløbsplanen</a> hurtigst muligt, og der tages efterfølgende telefonisk kontakt til kommunen mandag morgen.
	For patienter, der indlægges efter fredag kl. 14.30, og hvor der ønskes <a href="#">udvidet koordinering</a> mandag, afsendes <a href="#">plejeforløbsplanen</a> hurtigst muligt, og der tages efterfølgende telefonisk kontakt til kommunen mandag morgen.		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"> <a href="#">Udvidet koordinering</a> kan foregå ved:           <ul style="list-style-type: none"> <li>● uddybet it-kommunikation</li> <li>● videokonference</li> <li>● telefonisk kontakt</li> <li>● fysisk fremmøde på sygehuset.</li> </ul> </td> </tr> </table>		<a href="#">Udvidet koordinering</a> kan foregå ved: <ul style="list-style-type: none"> <li>● uddybet it-kommunikation</li> <li>● videokonference</li> <li>● telefonisk kontakt</li> <li>● fysisk fremmøde på sygehuset.</li> </ul>
	<a href="#">Udvidet koordinering</a> kan foregå ved: <ul style="list-style-type: none"> <li>● uddybet it-kommunikation</li> <li>● videokonference</li> <li>● telefonisk kontakt</li> <li>● fysisk fremmøde på sygehuset.</li> </ul>		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;">           Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder:           <ul style="list-style-type: none"> <li>● tidspunkt og forberedelse af modtagelse</li> </ul> </td> </tr> </table>		Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>● tidspunkt og forberedelse af modtagelse</li> </ul>
	Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>● tidspunkt og forberedelse af modtagelse</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• omfang af personlig pleje</li> <li>• sygepleje</li> <li>• medicin; hvad medgives, hvad skal afhentes / bringes ud fra apotek</li> <li>• dosisdispensering</li> <li>• madservice</li> <li>• genoptræning</li> <li>• <a href="#">hjælpemiddel/ behandlingsredskab</a></li> <li>• evt. boligændringer</li> <li>• aftale om 1. besøg af hjemmeplejen/hjemmesygeplejen</li> <li>• evt. kontrol i ambulatorium og terapi</li> <li>• evt. behov for opfølgende besøg ved egen læge (<a href="#">DÆMP</a>)</li> </ul> <p>Udskrivelse i weekender og på helligdage kan ske efter særlig aftale.</p> <p>Den fælles plan for det videre forløb sendes i en revideret <a href="#">plejeforløbsplan</a>.</p>
4.3.3	Kommunen må i forbindelse med helligdage m.v. ikke være lukket mere end to på hinanden følgende dage.	
<b>4.4 Kommunikation ved udskrivelsen</b>		
4.4.1	<p>Ved udskrivelsen gives der information til patienten og evt. pårørende, som kan omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostik, pleje, behandlingsforløbet</li> <li>• efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning</li> <li>• medicin:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ OBS. evt. ændring i dosisdispensering</li> <li>○ hvad medgives,</li> <li>○ hvad skal afhentes,</li> <li>○ hvad udbringes fra apoteket</li> </ul> </li> <li>• aftaler med kommunen</li> <li>• sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag</li> </ul> <p>Ved udskrivelse er det en lægefaglig vurdering, om patienten kan overgå til dosisdispensering igen. Såfremt patienten kan overgå til dosisdispensering, er det vigtigt, at lægen oplyser ændringerne til apoteket, der endnu ikke har adgang til <a href="#">FMK</a>. Sygehuset skal medgive medicin, indtil leveringen fra apotek kan træde i kraft.</p> <p>Status, resumé og aftaler dokumenteres i <a href="#">udskrivningsrapporten</a>.</p>	
4.4.2	<p>Senest ved udskrivelsen sendes en <a href="#">udskrivningsrapport</a> samt eventuelt <a href="#">genoptræningsplan</a> til hjemkommunen.</p> <p><a href="#">Udskrivningsrapporten</a> indeholder bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stamdata inkl. pårørende</li> <li>• indlæggelses-, færdigbehandlings-og udskrivningsdato</li> <li>• årsag til aktuel indlæggelse</li> <li>• indlæggelsesforløb</li> <li>• sygeplejefaglige problemområder</li> <li>• smitterisiko</li> <li>• diagnoser</li> <li>• <a href="#">funktionsevne</a> ved udskrivning</li> <li>• <a href="#">hjælpemidler/behandlingsredskaber</a></li> <li>• lokale medicinordinationer/CAVE             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ seneste administration af depot</li> <li>○ PN administrationer indenfor de sidste 24 timer</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Medicinsvigt</a></li> <li>○ recept til apotek</li> <li>○ afhentning/udbringning</li> <li>○ dosisdispensering genbestilt af sygehuset efter lægefaglig vurdering</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● aftaler omkring kost 1. døgn efter udskrivelse</li> <li>● fremtidige aftaler inkl. evt. ambulant opfølgning</li> <li>● <a href="#">DÆMP indsatser</a> (dokumenteres i sygeplejefagligt problemområde "Viden og udvikling")</li> <li>● Instruks og vejledninger kan medsendes som link</li> </ul> <p><a href="#">Udskrivningsrapporten</a> må ikke indeholde nye oplysninger i forhold til indgåede aftaler via <a href="#">plejeforløbsplanen</a>, som kan have betydning for de kommunale indsatser.</p> <p>Patienten medgives en kopi af <a href="#">udskrivningsrapport</a>, medicinliste fra <a href="#">FMK</a> og evt. <a href="#">genoptræningsplan</a>.</p>
4.4.3	<p>Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.</p> <p>Sygehuset læser korrespondancer minimum én gang i døgnet på alle dage.</p> <p>Kommunen læser korrespondancer kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem til modtageren.</p>
4.4.4	<p>Patienten hjemsendes ifølge aftale med kommunen.</p> <p>Sygehuset arrangerer <a href="#">hjemtransport</a>, såfremt patienten er berettiget hertil, jf. <a href="#">regler for befordring</a>.</p> <p>Sygehuset registrerer patientens udskrivelse <a href="#">tidstro</a> og der sendes automatisk et udskrivelsesadvis til kommunen.</p> <p>Ved patientforløb, som pludselig bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart herefter med en <a href="#">udskrivningsrapport</a>.</p>
4.4.5	<p>Sygehuset afsender <a href="#">epikrise</a> i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p><a href="#">Epikrisen</a> kan indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● diagnostik og behandling</li> <li>● udarbejdet af</li> <li>● årsag til henvisning</li> <li>● resumé af forløbet</li> <li>● medicinstatus</li> <li>● information til patienten</li> <li>● ikke afsluttede undersøgelser</li> <li>● sygemelding</li> <li>● socialmedicin</li> <li>● efterbehandling</li> <li>● anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse</li> <li>● <a href="#">behandlingsredskaber</a> og/eller evt. behov for hjælpemidler.</li> </ul> <p>Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for <a href="#">epikrise</a>, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.</p> <p>Evt. <a href="#">genoptræningsplan</a> fremsendes.</p>

# 4. Patientforløb over 48 timer



Region Syddanmark  
og de 22 kommuner



Borger køres på sygehus



Borger registreres indlagt på sygehus



Hjemmeplejen modtager indlæggelses-advis



Borger fraværsføres/fjernes fra kørelisten



Sygehus modtager automatisk indlæggelsesrapport, ved ændringer gendeses manuelt indenfor 8 timer.



Indlæggelses-samtale. Indhold dokumenteres i journal



Sygehus sender plejeforløbsplan senest 48 timer efter indlæggelsesstart



Dialog, mundtlig/skriftlig ml. sygehus og hjemmepleje



Aftale om udskrivelse aftales, opdateret plejeforløbsplan sendes



Sygehus gennemfører udskrivelsessamtale. Indhold dokumenteres i journal



Sygehus sender udskrivningsrapport og evt. GGOP til kommune. Patienten medgives ovenstående + medicinliste



Patienten registreres udskrevet og hjemmeplejen modtager udskrivelsesadvis



Borger tilgangsføres i hjemmeplejen og modtager igen hjælp



Sygehus sender epikrise + evt. - GGOP til egen læge

## 5.Indsatsen efter udskrivelse

### Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- patienter der efter udskrivelse har behov for kommunale indsatser

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 5.1 Første kontakt med kommunen efter udskrivelse
- 5.2 Opfølgingsbesøg
- 5.3 Ambulant opfølgning

<b>5.1</b>	<b>Første kontakt med kommunen efter udskrivelse</b>
5.1.1	<p><b>Borgeren kommer hjem til vanlige indsatser:</b> førstkommende besøg sker i forhold til vanlige aftaler</p> <p><b>Ved nye eller ved ændringer i vanlige indsatser:</b> ligger første besøg inden vanlig aftale, er tidspunkt aftalt mellem borgeren og kommunen inden udskrivelsen. Dette kan foregå med borgeren selv eller med sygehusets assistance.</p> <p><b>I særlige tilfælde:</b> hvor der er behov for, at kommunen er til stede i borgerens hjem ved dennes hjemkomst, er dette aftalt i forbindelse med planlægning og koordinering af udskrivelsen. Sygehuset kontakter kommunen telefonisk, når patienten forlader sygehuset.</p> <p>Kommunen vil altid vurdere, om indsatsen er <a href="#">rehabiliterende</a> eller <a href="#">kompenserende</a>.</p>
<b>5.2</b>	<b>Opfølgingsbesøg</b>
5.2.1	Når sygehuset har screenet patienten som en <a href="#">DÆMP</a> patient, vurderer og iværksætter kommunen de efterfølgende indsatser. Praktiserende læge og /eller hjemmesygeplejerske vurderer behovet for evt. <a href="#">opfølgende hjemmebesøg (§2-aftale herom)</a> .
<b>5.3</b>	<b>Ambulant opfølgning</b>
5.3.1	Ved ambulant opfølgning, hvor borgeren eller de pårørende ikke har ressourcerne til at planlægge og gennemføre dette, kan kommunen være behjælpelig.



## 6. Kommunikation og samarbejde vedr. skadestuebesøg (akut ambulat) og Socialpsykiatrien

### Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Skadestueforløb
- Skadeklinikforløb

**Har patienten også kontakt med den kommunale hjemme- og sygepleje skal sundhedsfaglige oplysninger kommunikeres efter forløb 0**

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 6.1 Kommunikation ved besøg i skadestue ([Psykiatrisk Akut Modtagelse \(PAM\)](#) / [Fælles Akut Modtagelse \(FAM\)](#) )
- 6.2 Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestue ([Psykiatrisk Akut Modtagelse \(PAM\)](#) / [Fælles Akut Modtagelse \(FAM\)](#) )

6.1 Kommunikation ved besøg i skadestue ( <a href="#">PAM</a> og <a href="#">FAM</a> )					
6.1.1	Borger/kommune skal kontakte skadestuen inden besøg med henblik på visitation. På de psykiatriske skadestuer kræves der ingen forudgående visitation.				
	<table border="1"><thead><tr><th>Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system</th><th>Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system</th></tr></thead><tbody><tr><td>6.1.2</td><td></td></tr></tbody></table>	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system	6.1.2	
Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system				
6.1.2					
6.1.2	<p><b>Kommunen er til stede i hjemmet, når borgeren sendes til skadestuen.</b></p> <p>Hos borgere, som ikke kan kommunikere om egne data eller sygdomsforløb, afgør kommunen, om bostøtten skal ledsage borgeren. I tilfælde, hvor kommunen ikke sender ledsager med, skal borgeren påføres et ID-armsbånd jf. <a href="#">Samarbejdsaftalen om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling.</a></p> <p>Har kommunen relevante oplysninger, indhenter kommunen <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a>, og skadestuen kontaktes pr. telefon eller via <a href="#">socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance</a> vedr.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Habituel tilstand</li><li>• Årsag til skadestuekontakt</li><li>• Akut telefonnummer i kommunen</li></ul> <p>Der medsendes evt. medicin, samt om nødvendigt et sæt tøj og et par sko.</p>				

6.1.3	<p><b>Kommunen er <u>ikke</u> til stede i hjemmet når patienten/borgeren sendes til skadestuen.</b></p> <p>Sygehuset skal spørge patienten/pårørende, om der er planlagte kommunale besøg i det tidsrum, hvor patienten er i skadestuen, og kommunen kontaktes efterfølgende telefonisk via oplysninger på VisInfoSyd på Sundhed.dk</p> <p>Mangler skadestuen oplysninger, indhenter sygehuset <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a> og kommunen kontaktes telefonisk.</p> <p>Oplysningerne kan udveksles via telefon eller <a href="#">socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance</a>.</p>	
<b>6.2 Kommunikation ved hjemsendelse fra skadestuen</b>		
<b>Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system</b>		<b>Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det socialpsykiatriske system</b>
6.2.1	<p>I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykiatriske problemstillinger           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Selvmordsrisiko</li> <li>○ Risikoadfærd</li> <li>○ mestringsevne /-strategier</li> </ul> </li> <li>• Netværk           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ privat og professionelt</li> </ul> </li> <li>• Særlige forhold i relation til bolig           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Udsættelsestruede</li> <li>○ hygiejniske forhold</li> <li>○ økonomi</li> </ul> </li> <li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nuværende behov</li> <li>○ ændret behov</li> </ul> </li> </ul> <p>Videre forløb specifikke aftaler med borgeren/patienten</p> <p><b>OBS: Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikerer via forløb 0</b></p>	
6.2.2	<p>Kommunen orienteres via <a href="#">socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance</a>, hvis der er <b>mindre</b> ændringer i forhold til punkt 6.2.1 senest, når patienten forlader sygehuset.</p> <p>Ved <b>væsentlige ændringer</b> i forhold til punkt 6.2.1, som kan påvirke besøgshyppighed og tyngde, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">socialpsykiatrisk skadestuekorrespondance</a>.</p>	

6.2.3	<p>Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.</p> <p>Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet. Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.</p>
6.2.4	<p>Sygehuset afsender <a href="#">epikrise</a> i henhold til "Den gode epikrise" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p>Epikrisen kan indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostik og behandling</li><li>• Udarbejdet af</li><li>• Årsag til henvisning</li><li>• Resumé af forløbet</li><li>• Medicinstatus</li><li>• Information til patienten</li><li>• Ikke afsluttede undersøgelser</li><li>• Sygemelding</li><li>• Socialmedicin</li><li>• Efterbehandling</li><li>• Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse</li><li>• <a href="#">Behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler</a></li></ul> <p>Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for <a href="#">epikrise</a>, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.</p>





## 7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien

### Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Ambulante forløb af kortere eller længere varighed

### Har patienten også kontakt med den kommunale hjemme- og svæpleje, skal sundhedsfaalige oplysninger kommunikeres efter forløb 2

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

7.1 Kommunikation ved ambulante forløb

7.2 Kommunikation ved behandlingsforløb

7.3 Kommunikation ved afslutning af et ambulante forløb

7.1	Kommunikation ved ambulante patientforløb
7.1.1	<u>Sygehushenvisning</u> skal ske elektronisk fra praktiserende læge. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via <u>FMK</u> .
7.1.2	Sygehuset modtager <u>henvisningen</u> , og sender senest 8 hverdage efter en indkaldelse til borgeren om tid og sted for første ambulante kontakt.  Sygehuset fremsender <u>bookingsvar</u> til den praktiserende læge.
7.1.3	Samtale med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra <u>henvisning</u> anvendes.  Samtalen kan omfatte: <ul style="list-style-type: none"><li>• Patientens habituelle tilstand</li><li>• Risikoadfærd og mestringssevne /-strategier</li><li>• Selvmordsrisiko</li><li>• Information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning afforløbet</li><li>• Vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer</li><li>• Oplysninger om kontaktperson (ved 2 eller flere ambulante besøg).</li></ul> Skal der udveksles information med kommunen og evt. pårørende, indhenter sygehuset <u>samtykke til informationsudveksling</u> .
7.1.4	I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringssevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til: <ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatriske problemstillinger<ul style="list-style-type: none"><li>- Selvmordsrisiko</li><li>- risikoadfærd</li><li>- mestringssevne /-strategier</li></ul></li><li>• Netværk<ul style="list-style-type: none"><li>- privat og professionelt</li></ul></li><li>• Særlige forhold i relation til bolig<ul style="list-style-type: none"><li>- udsættelsestruede</li></ul></li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- hygiejniske forhold</li><li>- økonomi</li><li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte<ul style="list-style-type: none"><li>- nuværende behov</li><li>- ændret behov</li></ul></li><li>• Videre forløb<ul style="list-style-type: none"><li>- specifikke aftaler med borgeren/patienten</li></ul></li></ul>						
<b>7.2</b>	<b>Kommunikation ved behandlingsforløb</b>						
7.2.1	<p>Efter hvert ambulant besøg sendes et <a href="#">ambulant notat</a> til praktiserende læge.</p> <p>Ved ændringer i den psykiatriske behandlingsplan, erstatter denne det ovenstående <a href="#">ambulante notat</a>.</p> <p>Kommunen orienteres via <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>, hvis der er ændringer i forhold til punkt 7.1.4.</p>						
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th><b>Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system</b></th><th><b>Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system</b></th></tr></thead><tbody><tr><td>7.2.4</td><td><p>Forud for ambulant besøg kan kommunen med borgerens <a href="#">samtykke</a> sende en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a> med relevante patientoplysninger.</p><p>Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger.</p><p>Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være:</p><ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatriske problemstillinger</li><li>• Netværk</li><li>• Særlige forhold i relation til bolig</li><li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte</li><li>• Rehabilitering</li><li>• Videre forløb</li></ul><p>Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p></td><td><p>Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>, om oprettelse i det kommunale system, f.eks.:</p><ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatriske problemstillinger</li><li>• Netværk</li><li>• Særlige forhold i relation til bolig</li><li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte</li><li>• Rehabilitering</li><li>• Videre forløb</li></ul><p>Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p><p>Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den <a href="#">ambulante socialpsykiatriske korrespondance</a>.</p></td></tr></tbody></table>		<b>Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system</b>	<b>Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system</b>	7.2.4	<p>Forud for ambulant besøg kan kommunen med borgerens <a href="#">samtykke</a> sende en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a> med relevante patientoplysninger.</p> <p>Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger.</p> <p>Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatriske problemstillinger</li><li>• Netværk</li><li>• Særlige forhold i relation til bolig</li><li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte</li><li>• Rehabilitering</li><li>• Videre forløb</li></ul> <p>Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p>	<p>Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>, om oprettelse i det kommunale system, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatriske problemstillinger</li><li>• Netværk</li><li>• Særlige forhold i relation til bolig</li><li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte</li><li>• Rehabilitering</li><li>• Videre forløb</li></ul> <p>Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p> <p>Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den <a href="#">ambulante socialpsykiatriske korrespondance</a>.</p>
	<b>Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system</b>	<b>Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system</b>					
7.2.4	<p>Forud for ambulant besøg kan kommunen med borgerens <a href="#">samtykke</a> sende en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a> med relevante patientoplysninger.</p> <p>Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger.</p> <p>Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatriske problemstillinger</li><li>• Netværk</li><li>• Særlige forhold i relation til bolig</li><li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte</li><li>• Rehabilitering</li><li>• Videre forløb</li></ul> <p>Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p>	<p>Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>, om oprettelse i det kommunale system, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatriske problemstillinger</li><li>• Netværk</li><li>• Særlige forhold i relation til bolig</li><li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte</li><li>• Rehabilitering</li><li>• Videre forløb</li></ul> <p>Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en <a href="#">ambulant socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p> <p>Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den <a href="#">ambulante socialpsykiatriske korrespondance</a>.</p>					
	<b>OBS: Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 2</b>						
7.2.5	<p>Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.</p> <p>Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet på hverdage.</p> <p>Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.</p>						



7.3	Kommunikation ved afslutning af ambulært forløb
7.3.1.	<p>Sygehuset afsender <a href="#">epikrise</a> i henhold til "Den gode <a href="#">epikrise</a>" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter ambulært besøg i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p><a href="#">Epikrisen</a> kan indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostik og behandling</li><li>• Udarbejdet af</li><li>• Årsag til <a href="#">henvisning</a></li><li>• Resumé af forløbet</li><li>• Medicinstatus</li><li>• Information til patienten</li><li>• Ikke afsluttede undersøgelser</li><li>• Sygemelding</li><li>• Socialmedicin</li><li>• Efterbehandling</li><li>• Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse</li><li>• <a href="#">Behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler.</a></li></ul> <p>Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for <a href="#">epikrise</a>, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.</p>

## 8. Kommunikation og samarbejde vedr. behandlingsforløb og Socialpsykiatrien



Region Syddanmark  
og de 22 kommuner

SAM:BO forløb 8

Revideret: 2.6.2021

### Afgrænsning

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

- Akutte og planlagte indlæggelsesforløb.

**Har patienten også kontakt med den kommunale hjemme- og svæpleje, skal sundhedsfaglige oplysninger kommunikeres efter forløb 3 eller 4**

Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:

- 8.1 Kommunikation ved indlæggelse
- 8.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb
- 8.3 Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen
- 8.4 Kommunikation ved udskrivelsen

8.1	Kommunikation ved indlæggelse	
8.1.1	<a href="#">Sygehushenvisning</a> skal ske elektronisk fra praktiserende læge/vagtlæge.	
	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system
8.1.2	<p>Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten <a href="#">tidstro</a>.</p> <p>Der sendes <b>automatisk indlæggelsesadvis</b> til kommunen om, at patienten er indlagt og på hvilken afdeling.</p> <p>Der gøres opmærksom på, at der ikke modtages indlæggelses- og udskrivningsadvis i kommunen, såfremt borgeren har tilknytning til et botilbud omfattet af <a href="#">Servicelovens §107 eller §108</a> og ikke modtager anden kommunal hjælp efter Sundhedsloven eller efter Servicelovens §§ 81-99. Det er derfor vigtig, at sygehuset i sådanne tilfælde tager telefonisk kontakt til kommunen.</p> <p>Er der tale om en borger i botilbud efter <a href="#">Servicelovens §107 eller §108</a>, som tillige modtager anden kommunal hjælp efter Sundhedsloven eller efter Servicelovens §§ 81- 99, er der intet problem og kommunen modtager advis som vanligt.</p>	<p>Sygehuset modtager og indlæggelsesregistrerer patienten <a href="#">tidstro</a>.</p>

<p>8.1.3</p>	<p>Kommunen sender en <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> snarest muligt dog senest førstkomende hverdag inden kl.15.30.</p> <p>Den <a href="#">indlagte socialpsykiatriske korrespondance</a> indeholder relevante oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsag til indlæggelse</li> <li>• Psykiatriske problemstillinger <ul style="list-style-type: none"> <li>- selvmordsrisiko</li> <li>- risikoadfærd</li> <li>- mestringssevne /-strategier</li> </ul> </li> <li>• Netværk <ul style="list-style-type: none"> <li>- privat og professionelt</li> </ul> </li> <li>• Særlige forhold i relation til bolig <ul style="list-style-type: none"> <li>- udsættelsestruede</li> <li>- hygiejniske forhold</li> <li>- økonomi</li> </ul> </li> <li>• Orlov</li> <li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte <ul style="list-style-type: none"> <li>- nuværende behov</li> <li>- ændret behov</li> </ul> </li> <li>• Videre forløb <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante aftaler/kontroller</li> <li>- specifikke aftaler med borgeren/patienten</li> </ul> </li> </ul> <p>Sygehuset skal indhente <a href="#">samtykke til informationsudveksling</a> inden <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> åbnes og læses.</p> <p>Ved manglende <a href="#">samtykke</a>.</p> <p>Mangler sygehuset oplysninger, kontaktes kommunen via <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> eller telefonisk (akut). Oplysningerne kan udveksles via <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p> <p><b>OBS:</b> Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4</p>	<p>Sygehuset kan indhente relevante oplysninger fra borgeren, eventuelle pårørende/netværkspersoner og borgerens egen læge.</p>
--------------	---	---

8.1.4	<p>Patienten medbringer medicin og personlige hjælpemidler til sygehuset.</p> <p>Ved akutte indlæggelser kan sygehuset rekvirere medicin og hjælpemidler, evt. ved hjælp af pårørende.</p> <p>Oplysninger vedr. medicin tilgås via <a href="#">FMK</a>. Modtager patienten dosisdispenseret medicin, skal sygehuset pausere dette ved at tage kontakt til apotek.</p>
<p><b>8.2 Kommunikation ved planlægning af behandlingsforløb</b></p>	
8.2.1	<p>Samtalen med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra <a href="#">henvisning</a> samt <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> anvendes.</p> <p>Samtalen kan omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientens habituelle tilstand</li> <li>• Risikoadfærd og mestringsevne /-strategier</li> <li>• Selvmordsrisiko</li> <li>• Information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet</li> <li>• Vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer</li> <li>• Oplysninger om kontaktperson</li> </ul>
8.2.2	<p>I det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsag til indlæggelse</li> <li>• Psykiatriske problemstillinger <ul style="list-style-type: none"> <li>- selvmordsrisiko</li> <li>- risikoadfærd</li> <li>- mestringsevne /-strategier</li> </ul> </li> <li>• Netværk <ul style="list-style-type: none"> <li>- privat og professionelt</li> </ul> </li> <li>• Særlige forhold i relation til bolig <ul style="list-style-type: none"> <li>- udsættelsestruede</li> <li>- hygiejniske forhold</li> <li>- økonomi</li> </ul> </li> <li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte <ul style="list-style-type: none"> <li>- nuværende behov</li> <li>- ændret behov</li> </ul> </li> <li>• Forventet udskrivnings -/ <a href="#">færdigbehandlingsdato</a></li> <li>• Aftalt udskrivningsdato</li> <li>• Orlov i forbindelse med aktuel indlæggelse <ul style="list-style-type: none"> <li>- aftaler i.f.t. orlov</li> <li>- evaluering af orlov</li> </ul> </li> <li>• Videre forløb <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante aftaler/kontroller</li> </ul> </li> <li>• specifikke aftaler med borgeren/patienten</li> </ul>

	Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system	Patienter, der <u>ikke</u> er kendt i det socialpsykiatriske system
8.2.3	<p>For patienter, der har kommunal kontakt og støtte, sendes en <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>, jf. punkt 8.2.2 senest førstkommande hverdag inden kl.10.00</p> <p>Dette gælder dog ikke for patienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er indlagt på intensiv afdeling. Her sendes <a href="#">socialpsykiatrisk korrespondance</a> hurtigst muligt efter overflytning til stamafdeling</li> <li>• Der samtidigt er registreret indlagt i psykiatrien i forbindelse med tvang. Her sendes <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> fra somatik.</li> </ul>	<p>Hvis der vurderes behov for kommunal kontakt og støtte, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p>
8.2.4	<p><a href="#">Indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> udarbejdes i samarbejde med patienten og indeholder relevante oplysninger som:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsag til indlæggelse</li> <li>• Psykiatriske problemstillinger <ul style="list-style-type: none"> <li>- selvmordsrisiko</li> <li>- risikoadfærd</li> <li>- mestringsevne /-strategier</li> </ul> </li> <li>• Netværk <ul style="list-style-type: none"> <li>- privat og professionelt</li> </ul> </li> <li>• Særlige forhold i relation til bolig <ul style="list-style-type: none"> <li>- udsættelsestruede</li> <li>- hygiejniske forhold</li> <li>- økonomi</li> </ul> </li> <li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte <ul style="list-style-type: none"> <li>- nuværende behov</li> <li>- ændret behov</li> </ul> </li> <li>• Forventet udskrivnings -/ <a href="#">færdigbehandlingsdato</a></li> <li>• Aftalt udskrivningsdato</li> <li>• Orlov i forbindelse med aktuel indlæggelse <ul style="list-style-type: none"> <li>- aftaler i.f.t. orlov</li> <li>- evaluering af orlov</li> </ul> </li> <li>• Videre forløb <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante aftaler/kontroller</li> <li>- specifikke aftaler med borgeren/patienten</li> </ul> </li> </ul> <p><b>OBS:</b> Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4</p> <p><a href="#">Indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> fungerer dermed som et planlægningsværktøj til kommunen i forbindelse med patientens udskrivelse.</p> <p>Ved ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendt <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>, skal det tydeligt angives i et nyt afsnit med "Dato" og "NYT" ved de ændrede oplysninger. Husk altid begrundelse for ændringer.</p> <p><b>Særligt for borgere der bor i botilbud</b></p>	

	Ved indlæggelse fredag efter kl. 14.30 eller hvor kommunen modtager en <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> efter kl.15.30 fredag eftermiddag og hvor patienten ønskes udskrevet inden førstkommande hverdag inden kl.15.30, tager sygehuset tidligst muligt telefonisk kontakt til botilbuddet for at aftale nærmere.	
<b>8.3</b>	<b>Kommunikation ved forberedelse af udskrivelsen</b>	
8.3.0	<p><b>Patienter med <u>ukompliceret udskrivelsesforløb</u></b></p> <p>Uændret eller mindre ændringer i mestringsevne og hjælpebehov.</p>	<p><b>Patienter med <u>kompliceret Udskrivelsesforløb</u></b></p> <p><a href="#">Væsentlige ændringer</a> i mestringsevne og hjælpebehov.</p>
8.3.1	<p>Kommunen sender en kvittering for <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> snarest muligt dog senest førstkommande hverdag inden kl.15.30.</p> <p>Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.</p>	<p>Kommunen sender en kvittering for <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> snarest muligt dog senest førstkommande hverdag inden kl.15.30.</p> <p>Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål.</p>
8.3.2	<p>Når kommunen har kvitteret for /accepteret <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> uden yderligere kommentarer, gælder <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> som aftale om udskrivelse.</p>	<p>Den, der efterspørger <a href="#">udvidet koordinering</a>, har ansvaret for i samarbejde med den anden sektor at aftale dato og tidspunkt. Den udvidede koordinering gennemføres senest 2 dage efter.</p> <p>Forespørgsel om <a href="#">udvidet koordinering</a> ændrer/udskyder ikke en evt. <a href="#">færdigbehandlings</a>dato, da <a href="#">færdigbehandlings</a>datoen er en lægefaglig vurdering/beslutning.</p> <p>For patienter, der indlægges efter fredag kl. 14.30, og hvor der ønskes <a href="#">udvidet koordinering</a> førstkommande hverdag afsendes <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a> hurtigst muligt, og der tages efterfølgende telefonisk kontakt til kommunen førstkommande hverdags morgen.</p> <p><a href="#">Udvidet koordinering</a> kan foregå ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uddybet it-kommunikation</li> <li>• Videokonference</li> <li>• Telefonisk kontakt</li> <li>• Fysisk fremmøde</li> </ul> <p>Ved dialog fastlægges en plan for udskrivelsen, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsag til indlæggelse</li> <li>• Psykiatriske problemstillinger <ul style="list-style-type: none"> <li>- selvmordsrisiko</li> <li>- risikoadfærd</li> <li>- mestringsevne /-strategier</li> </ul> </li> <li>• Netværk <ul style="list-style-type: none"> <li>- privat og professionelt</li> </ul> </li> <li>• Særlige forhold i relation til bolig <ul style="list-style-type: none"> <li>- udsættelsestruede</li> </ul> </li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- hygiejniske forhold</li> <li>- økonomi</li> <li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte <ul style="list-style-type: none"> <li>- nuværende behov</li> <li>- ændret behov</li> </ul> </li> <li>• Forventet udskrivnings -/_ <a href="#">færdigbehandlings</a> dato</li> <li>• Aftalt udskrivningsdato</li> <li>• Orlov i forbindelse med aktuell indlæggelse <ul style="list-style-type: none"> <li>- aftaler i.f.t. orlov</li> <li>- evaluering af orlov</li> </ul> </li> <li>• Videre forløb <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante aftaler/kontroller</li> <li>- specifikke aftaler med borgeren/patienten</li> </ul> </li> </ul> <p><b>OBS:</b> Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4</p> <p>Udskrivelse i weekender og på helligdage kan ske efter særlig aftale.</p> <p>Den fælles plan for det videre forløb sendes i en revideret <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p>
<b>8.4 Kommunikation ved udskrivelse</b>		
8.4.1	<p>Ved udskrivelsen gives der information til patienten og evt. pårørende, som kan omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik, pleje, behandlingsforløbet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mestringsevne /-strategier</li> </ul> </li> <li>• Efterbehandling, kontrol og evt. genoptræning</li> <li>• Aftaler med kommunen</li> <li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nuværende behov</li> <li>○ ændret behov</li> </ul> </li> <li>• Sundhedsbevarende og sygdomsforebyggende tiltag</li> </ul> <p>Status, resumé og aftaler dokumenteres i <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p>	
8.4.2	<p>Senest ved udskrivelsen sendes en <a href="#">socialpsykiatrisk udskrivningsrapport</a> (korrespondance) til kommunen.</p> <p><a href="#">Socialpsykiatrisk udskrivningsrapport</a> (korrespondance) indeholder bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indlæggelsesdato</li> <li>• Årsag til indlæggelse</li> <li>• Indlæggelsesforløb</li> <li>• Psykiatriske problemstillinger <ul style="list-style-type: none"> <li>- selvmordsrisiko</li> <li>- risikoadfærd</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mestringssevne /-strategier</li> <li>• Netværk <ul style="list-style-type: none"> <li>- privat og professionelt</li> </ul> </li> <li>• Særlige forhold i relation til bolig <ul style="list-style-type: none"> <li>- udsættelsestruede</li> <li>- hygiejniske forhold</li> <li>- økonomi</li> </ul> </li> <li>• Behov for socialpsykiatrisk støtte <ul style="list-style-type: none"> <li>- nuværende behov</li> <li>- ændret behov</li> </ul> </li> <li>• Diagnoser</li> <li>• <a href="#">Færdigbehandlingsdato</a> (Kun hvis den er forskellig fra udskrivningsdato)</li> <li>• Udskrivningsdato</li> <li>• Videre forløb <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante aftaler/kontroller</li> <li>- specifikke aftaler med borgeren/patienten</li> </ul> </li> </ul> <p><b>OBS:</b> Sundhedsfaglige oplysninger skal kommunikeres via forløb 3 eller 4.</p> <p>Den <a href="#">socialpsykiatriske udskrivningsrapport</a> (korrespondance) må ikke indeholde nye oplysninger i forhold til indgåede aftaler via <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>, som kan have betydning for de kommunale indsatser.</p> <p>Patienten medgives en kopi af den <a href="#">socialpsykiatriske udskrivningsrapport</a> (korrespondance) og medicinliste fra <a href="#">FMK</a>.</p>
8.4.3	<p>Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.</p> <p>Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30.</p> <p>Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem.</p>
8.4.4	<p>Patienten hjemsendes ifølge aftale med kommunen.</p> <p>Sygehuset arrangerer <a href="#">hjemtransport</a>, såfremt patienten er berettiget hertil, jf. regler for befording (indsæt link til regler).</p> <p>Sygehuset registrerer patientens udskrivelse tidstro og der sendes automatisk et udskrivelsesadvis til kommunen.</p> <p>Ved patientforløb, som pludselig bliver afbrudt af patienten selv, tager sygehuset telefonisk kontakt til kommunen. Den telefoniske kontakt suppleres umiddelbart herefter med en <a href="#">indlagt socialpsykiatrisk korrespondance</a>.</p>
8.4.5	<p>Sygehuset afsender <a href="#">epikrise</a> i henhold til "Den gode <a href="#">epikrise</a>" til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.</p> <p><a href="#">Epikrisen</a> kan indeholde oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostik og behandling</li> <li>• udarbejdet af</li> <li>• årsag til <a href="#">henvi sning</a></li> <li>• resumé af forløbet</li> <li>• medicinstatus</li> <li>• information til patienten</li> <li>• ikke afsluttede undersøgelser</li> <li>• sygemelding</li> <li>• socialmedicin</li> </ul>

- efterbehandling
- anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse
- [behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler.](#)

Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for [epikrise](#), skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.



## SAM:BO Nøgleord

Nøgleord	Ordforklaring
<b>Ambulant notat</b>	<p>Et ambulant notat er et kort resumé af den aktuelle patientbehandling på et sygehusambulatorium og en eventuel plan for efterbehandling/opfølgning. Notatet skal sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet på tværs af sektorerne.</p> <p>Læs mere på Sundhed.dk: <a href="https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/">https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/</a></p>
<b>Ambulant korrespondance</b>	<p>En ambulant korrespondance kan anvendes på tværs af sektorerne til besked/forespørgsel vedrørende en patient, og kan bruges som opfølgning på evt. telefonisk kontakt. Der modtages ikke kvitteringsskrivelse.</p>
<b>Behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber</b>	<p><b>Behandlingsredskaber:</b> Regionen forsyner patienter med behandlingsredskaber som et integreret led i sygehusbehandling, hvor redskaberne indgår i en naturlig og nærliggende del af behandlingsindsatsen. Sygehuset forsyner ligeledes patienter med behandlingsredskaber efter udskrivelse som en fortsættelse af den iværksatte behandling, med det formål at forbedre behandlingsresultatet eller forhindre en forringelse af behandlingsresultatet.</p> <p>I situationer hvor patienten skal vente på sygehusbehandling skal sygehuset vurdere, om der er et behov for udlevering af behandlingsredskaber i venteperioden. I så fald afholder regionen udgiften hertil.</p> <p><b>Hjælpemidler:</b> Kommunalbestyrelsen yder støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder til borgere i henhold til Lov om Social Service § 112 og § 113. Ved behov for hjælpemidler på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ansøger borgeren om hjælpemidler i kommunen, i henhold til § 112 stk. 1 i Serviceloven:</p> <p>"Kommunalbestyrelsen skal yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når hjælpemidlet: 1) i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne 2) i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller 3) er nødvendigt for, at den pågældende kan udøve et erhverv."</p> <p><b>Træningsredskaber (Sundhedslovens § 84 og § 140):</b> a) i forbindelse med almen ambulant genoptræning: I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal der udarbejdes en genoptræningsplan.</p>



	<p>Kommunen afholder udgifterne til genoptræning, herunder udgifterne til de redskaber, som kommunen vurderer, patienten har behov for som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe redskaberne.</p> <p>b) i forbindelse med specialiseret ambulans genoptræning: Ved specialiseret ambulans genoptræning leverer sygehuset de nødvendige redskaber. Taksterne til specialiseret ambulans genoptræning er beregnet således, at kommunen ikke skal betale særskilt for redskaber til specialiseret ambulans genoptræning (DRG-afregnet).</p> <p>Der henvises til Casekatalog vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark, hvori ansvarsfordelingen mellem region og kommune i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler beskrives.</p> <p>Link til Casekatalog: <a href="https://www.sundhed.dk/content/cms/70/45970_case-katalog_juli2013_korr-1.pdf">https://www.sundhed.dk/content/cms/70/45970_case-katalog_juli2013_korr-1.pdf</a></p>
<b>Bolig- og adgangsforhold</b>	<p>I forbindelse med såvel skadestueforløb, ambulante forløb samt behandlingsforløb er det vigtigt, at der så tidligt som muligt, tages stilling til, om der er forhold i relation til borgerens bolig- og adgangsforhold, der udfordrer</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• borgerens adgang til boligen</li><li>• borgerens behov for færden i boligen</li><li>• den pleje, behandling eller lignende, der skal ske i boligen efter udskrivelse.</li></ul> <p>Eksempler på udfordringer kan være smalle døre, stejle trapper, et ikke tilstrækkeligt rent miljø, udfordringer i forhold til APV.</p> <p>Såvel sygehus som kommune skal allerede i forbindelse med den indledende informationsudveksling være opmærksomme på boligens indretning og stand samt adgangsforhold.</p> <p>For borgere, som i forvejen er kendt i kommunen, skal kommunen bidrage med de nødvendige oplysninger.</p> <p>I forhold til borgere, som ikke i forvejen er kendt i kommunen, er der en særlig opgave. Her er det vigtigt, at sygehuset så tidligt som muligt drøfter emnet med borgeren og eventuelle pårørende, samt ved behov henvender sig til kommunen og starter en dialog herom.</p>
<b>Bookingsvar</b>	<p>Et bookingsvar er retursvar til henvisende læge om modtagelse og visitationen af en henvisning. Formålet er at sikre tryghed i patientforløbet ved hurtig information om, hvilken afdeling patienten er visiteret til samt hvor og hvornår, patienten skal møde i afdelingen.</p> <p>Læs mere på Sundhed.dk:</p> <p><a href="https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/">https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/</a></p>



<b>DÆMP</b>	<p>DÆMP er en screening, der skal identificere Den Ældre Medicinske Patient med særlige behov for koordination og opfølgning mellem hjemmesygepleje, egen læge og/eller sygehusafdeling eksempelvis efter udskrivelse. Ved behov kan alle tre parter iværksætte opfølgende hjemmebesøg, hvor egen læge og hjemmesygepleje mødes i patientens hjem for at koordinere den fremadrettede indsats.</p> <p>Der findes uddybende informationer om DÆMP via dette link: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/dæmp">www.regionsyddanmark.dk/dæmp</a></p>
<b>Epikrise</b>	<p>Epikrisen er et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling. Formålet er at sikre sammenhæng og sikkerhed i patientforløbet og at alle lægefaglige relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse videregives til patientens egen læge og henvisende læge.</p> <p>Læs mere på sundhed.dk:</p> <p><a href="https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/epikrise/">https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/epikrise/</a></p>
<b>FAM</b>	<p>FAM er en forkortelse af Fælles Akut Modtagelse. FAM er somatisk sygehus´ døgnåbne indgang for akutte patienter, og består af en modtagelse og en døgnåben skadestue.</p> <p>Den praktiserende læge eller vagtlægen kan henvise til FAM. Patienter kan ikke henvende sig direkte i FAM, der skal forinden være telefonisk kontakt med en læge- eller skadevagt, som visiterer videre til FAM.</p>
<b>FMK</b>	<p>Fælles Medicinkort (FMK) er en central database med en liste over den enkelte borgers aktuelle lægemiddelordinationer. Oplysningerne på FMK kan deles mellem de parter, der er involveret i borgerens behandling. Borgeren har selv mulighed for at se sit medicinkort via sundhed.dk.</p> <p>Læs mere på sundhed.dk:</p> <p><a href="https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/konsulenthjaelp-til-praksis/fmk/">https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/konsulenthjaelp-til-praksis/fmk/</a></p>
<b>Funktionsevne</b>	<p>Funktionsevne er et mål for et menneskes evne til at udføre forskellige fysiske og psykiske aktiviteter. Funktionsevnen kan være nedsat pga. fysisk eller psykisk sygdom eller som følge af fysiologisk eller mental aldring. Funktionsevnen vurderes oftest i forhold til, hvad personer af samme alder og køn kan klare.</p>
<b>Fællessprog II/III</b>	<p>Fælles Sprog er de begreber og den metode, medarbejderne i en kommune anvender, når de skal beskrive og dokumentere en borgers situation og kommunens indsats, bevilliget indenfor dele af sundheds- og serviceloven.</p> <p>Fælles Sprog III, er en ny fælles standard for dokumentation og udveksling af data på det kommunale social- og sundhedsområde.</p>

	<p>Det er en fælles kommunal standard for sundhedsfaglig og socialfaglig dokumentation for både myndighed og leverandør. Formålet er at bidrage til sammenhæng, kvalitet og effektivisering i den kommunale socialfaglige og sundhedsfaglige indsats rettet mod borgeren.</p> <p>Læs mere her: <a href="#">Fælles Sprog III - Den korte version</a></p>
<b>Færdigbehandling</b>	<p>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. (Definition fra Fællesindhold 2016/side 28)</p> <p>Dvs. at der ikke bestilles blodprøver/yderligere undersøgelser samt ingen stuegang.</p>
<b>Genoptræningsplan</b>	<p>Den Gode GenOptræningsPlan (G-GOP) skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.</p> <p>Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet herunder en angivelse af hvilke funktionsevnededsættelser, som genoptræningen skal rette sig imod m.v.</p> <p><a href="https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164976">https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164976</a></p>
<b>Henvisning til sygehus (elektronisk)</b>	<p>Den praktiserende læge sender en henvisning til indlæggelse eller ambulant behandling på den relevante sygehusafdeling eller til en central visitationsafdeling med angivelse af henvisningsdiagnosen og ønsket undersøgelse/behandling. Derudover anføres kortfattet anamnese. I anamnesen beskrives "cave", "sociale forhold", "objektive fund", "sagt til patienten", "undersøgelsesresultater", "aktuel medicin" og patientens telefonnummer.</p> <p>Læs mere på Sundhed.dk:</p> <p><a href="https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/">https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/</a></p>
<b>Indlagt korrespondance</b>	<p>Indlagt korrespondance anvendes til opklarende/opfølgende spørgsmål/svar. Indlagt korrespondance må ikke indeholde nye eller ændringer af eksisterende aftaler, undtagelsesvis dog i forløb under 48 timer, hvor telefoniske aftaler dokumenteres i en indlagt korrespondance. Der modtages ikke kvitteringsskrivelse fra kommunen.</p>
<b>Indlæggelsesrapport</b>	<p>Indlæggelsesrapporten sendes fra kommune til sygehus i de situationer, hvor borgeren får indsatser (personlig pleje, praktisk bistand, sygeplejefaglige indsatser) fra kommunen.</p> <p>Indlæggelsesrapporten kan være automatisk eller manuel.</p>
<b>Kompenserende indsats</b>	<p>Kompenserende indsatser er sikkerhedsnettet for borgere, der på grund af nedsat funktionsevne ikke kan klare sig selv. Målet er at lindre eller kompensere for den nedsatte funktionsevne, når der ikke er</p>



	et aktuelt udviklingspotentiale. Hjælp til personlige og praktiske opgaver, sygepleje og hjælpemidler er eksempler på indsatser, der understøtter målet.
<b>Medicinsvigt</b>	Når patienten / borgeren enten i enkeltituationer eller over tid, enten bevidst fravælger eller glemmer at tage medicinen efter lægens anvisning og dermed ikke følger den aftalte behandling.
<b>Opfølgende hjemmebesøg</b>	<p>PLO Syddanmark og Region Syddanmark har indgået en § 2-aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse hos alvorligt syge og svage personer. §2-aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse kan også anvendes til de patienter, der er i målgruppen for handlingsplanen for den ældre medicinske patient.</p> <p>Læs mere på sundhed.dk:</p> <p><a href="https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/administration/paragraf-2-og-samarbejdsaftaler/paragraf-2-aftaler/opfoelgning-koordination-efter-udskrivelse/">https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/administration/paragraf-2-og-samarbejdsaftaler/paragraf-2-aftaler/opfoelgning-koordination-efter-udskrivelse/</a></p>
<b>Opsøgende hjemmebesøg</b>	<p>En ydelse de praktiserende læger i henhold til Overenskomst om almen praksis har mulighed for at yde til skrøbelige ældre (normalt over 75 år). Besøget sker med henblik på, at:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne</li><li>• identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer</li><li>• vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug,</li><li>• opnå kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde</li></ul> <p>Ydelsen må maksimalt foretages én gang om året pr. patient.</p>
<b>PAM</b>	Psykiatrisk akutmodtagelse. Akutmodtagelsen har en åben skadestuefunktion og modtager således både henviste patienter samt patienter som henvender sig selv.
<b>Plejeforløbsplan</b>	<p>Plejeforløbsplan fungerer som et planlægningsværktøj for kommunen i forbindelse med patientens udskrivelse.</p> <p>Plejeforløbsplan har til formål at oplyse borgerens hjemkommune, om der er sket ændringer i borgerens funktionsevne/plejebehov inden udskrivelsen i forbindelse med indlæggelser over 48 timer. Planen udarbejdes i forlængelse af den behandlingsplan sygehuset udarbejder og i samarbejde med patienten.</p>
<b>Rehabiliterende indsats</b>	Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats jf. kvalitetsstandard/serviceniveau i den enkelte kommune.





<b>Samtykke til informationsudveksling</b>	<p>Elektronisk kommunikation over sektorgrænser vil betyde videregivelse af oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige og private forhold i forbindelse med behandling af patienten. Der skal derfor sikres, at betingelserne i Sundhedsloven er opfyldt.</p> <p>Forhold vedrørende tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger er reguleret i Sundhedslovens kapitel 9.</p> <p>Det er en grundlæggende hovedregel, at en sundhedspersons videregivelse af fortrolige oplysninger kun kan ske til andre sundhedspersoner i forbindelse med aktuell behandling af patienten. Som udgangspunkt skal der foreligge samtykke fra patienten/borgeren til videregivelse af disse oplysninger.</p> <p>Samtykket kan være mundtligt eller skriftligt og skal gives til den sundhedsfaglige, der videregiver eller den sundhedsfaglige, som modtager oplysningerne. Samtykket skal indføres i patientjournalen.</p> <p><b>Manglende samtykke:</b> Uden patientens samtykke kan der efter § 41 stk. 2, i Sundhedsloven sendes udskrivningsbrev til patientens alment praktiserende læge eller videregives oplysninger til andre sundhedsfaglige personer, hvis det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsbehov, og videregivelsen sker af hensyn til patientens interesse og behov. Denne undtagelsesbestemmelse forudsætter, at der er tale om en aktuell undersøgelse og behandling af patienten, hvor videregivelse finder sted som et led i et samlet og igangværende behandlingsforløb.</p>
<b>Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling</b>	<p>Der er i Region Syddanmark i samarbejde med kommunerne indgået en aftale, som skal sikre, at borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer efter behov får den nødvendige praktiske hjælp og ledsagelse i forbindelse med behandling på sygehuset.</p> <p>Samarbejdsaftalen gælder alene i de tilfælde, hvor der ikke er nogen pårørende, som kan hjælpe borgeren.</p> <p>Børn bør altid følges ved indlæggelse eller ambulante besøg på sygehuset - normalt af forældre eller andre voksne, der drager omsorg for barnet.</p> <p>Aftalen kan findes på følgende link: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm373177">http://www.regionsyddanmark.dk/wm373177</a></p>
<b>Serviceovens § 107-borger</b>	<p>Borgere med behov for et korterevarende ophold på botilbud. Borgeren har typisk behov for en afklaring, udredning eller stabilisering i forhold til funktionsniveau og deres fysiske og/eller psykiatriske lidelse. Der kan også være tale om kortere botræningsforløb på mellem 2-3 år med fokus på udviklende mål.</p> <p>Borgerne er i alle aldersgrupper, men der er flest unge i denne målgruppe.</p> <p>Funktionsniveauet er ofte påvirket af flere faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fysisk og psykisk handicap og psykiatriske lidelser, herunder psykisk sårbarhed og personlighedsforstyrrelse.</li><li>• Misbrug</li><li>• Social angst</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Problematisk skolegang</li><li>• Sparsomt eller negativt netværk</li><li>• Kriminalitet</li></ul>
<b>Serviceovens § 108-borger</b>	<p>Borgere med behov for et længerevarende ophold på botilbud - nogle gange livslangt. Borgeren er typisk grundigt udredt i forhold til funktionsniveau og deres fysiske og/eller psykiatriske lidelse. Der er en overvægt af lidelser såsom skizofreni, bipolar og svære personlighedsforstyrrelser. Borgerens situation vurderes som en mere kronisk tilstand (sammenlignet med § 107) – med andre ord et varigt nedsat funktionsniveau.</p> <p>Denne borgergruppe har ofte en velkendt somatisk lidelse, har et misbrug, sparsomt netværk, manglende arbejdsmarkedstilknytning, samt eventuel dom til behandling efter en kriminel handling. Borgerne har ofte været forsøgt kompenseret med § 107, men har haft behov for mere og længerevarende støtte.</p>
<b>Skadestuekorrespondance</b>	En skadestuekorrespondance kan anvendes til kommunikation mellem kommune og sygehus. Der modtages ikke kvitteringsskrivelse fra kommunen.
<b>Tidlig opsporing</b>	Kommunalt fokusområde, hvor målsætningen er at forebygge funktionstab og uhensigtsmæssige indlæggelser.
<b>Tidstro registrering</b>	Tidstro registrering betyder, at personalet registrerer/dokumenterer samtidig med, at hændelsen finder sted, det vil sige, at eksempelvis patienten registreres udskrevet, idet patienten forlader sygehuset.
<b>Transport (til og fra sygehus)</b>	<p>Regionen tilbyder transport til og fra det sygehus, hvor behandlingen finder sted efter regionens visitationspraksis.</p> <p>Siddende transport tilbydes, hvis sygehuset vurderer, at patienten af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentlige transportmidler og samtidig opfylder nogle særlige betingelser.</p> <p>Læs mere her: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk/wm406205">http://www.regionsyddanmark.dk/wm406205</a></p>
<b>Udvidet koordinering</b>	Er når der er behov for en tættere eller uddybende kommunikation/koordinering vedr. patientens funktionsevne, behandling/pleje, behov for kommunale indsatser og hjælpemidler/behandlingsredskaber i forbindelse med planlægning af udskrivelse til primær sektor.
<b>Udskrivningsrapport</b>	Udskrivningsrapporten er en status på og et resume af det forløb, patienten har gennemgået.
<b>Væsentlige ændringer</b>	<p>Væsentlige ændringer er eksempelvis: Etablering af døgnhjemmepleje, boligændring eller flytning til anden ejendom, installation af hjælpemidler.</p> <p>Eksempler på væsentlige ændringer i tyngde og funktionsevne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ændres hjælpen fra ingen hjælp til en støttende hånd</li><li>• Ændres hjælpen fra klarer selv toiletbesøg til skal følges til og fra toilettet</li><li>• Ændres hjælpen fra klarer selv madlavning til hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden</li></ul>



- Ændres niveauet fra klarer selv forflytning til hjælpes via person eller hjælpemidler
- Øges besøgshyppigheden med et eller flere besøg dagligt.

Ovenstående gælder uanset boligtype (egen bolig, plejehjemsbolig mv.).