

SAM:BO

Samarbejde om borgerforløb

Aftalen er godkendt af Strategisk Sundhedsstyregruppe den 29. januar 2025.

Efterfølgende er der med input fra den rådgivende SAM:BO-arbejdsgruppe foretaget mindre tektnære justeringer.

SAM:BO-aftalen

Indhold

1.0. Baggrund.....	3
2.0. Formål.....	4
3.0. Grundprincipper	4
3.1. Grundprincip 1: Vi involverer borgeren gennem hele forløbet	4
3.2. Grundprincip 2: Vi indgår i løbende dialog med hinanden gennem hele borgerforløbet.....	5
3.3. Grundprincip 3: Vi er kollegaer på tværs og understøtter hinandens faglighed.....	5
4.0. Centrale begreber.....	5
4.1. Indsatser efter Sundhedslov og Servicelov.....	5
4.1.1. Sygepleje.....	6
4.1.2. Indsatser efter Serviceloven	6
4.1.3. Behandlingsredskaber, hjælpemidler og træningsredskaber	7
4.1.4. Genoptræning efter sundhedsloven	8
4.2. Bolig- og adgangsforhold	8
4.2.1. APV – Arbejdspladsvurdering i borgers hjem	8
4.3. Samtykke	9
4.4. Medicin	9
4.5. Transport (til og fra sygehus).....	9
4.6. Færdigbehandling.....	9
4.7. Behandlingsansvar.....	10
4.7.1. Kommunikation om udvidet behandlingsansvar.....	10
4.8. Et Samlet Patientoverblik	10
4.8.1. Aftaleoversigten	10
4.8.2. Fælles Stamkort	10
4.8.3. Planer og Mål.....	10
5.0. Kommunikation	11
5.1. Telefonopkald	11
5.2. Videomøde og fysisk møde	11
5.3. MedCom-standarder	12

5.3.1. Læsning og håndtering af MedCom-standarder	12
5.3.2. Kriterier for brug af MedCom-standarder	12
5.3.2.1. Advis om sygehusophold	13
5.3.2.2. Automatisk indlæggelsesrapport og supplerende indlæggelsesrapport	13
5.3.2.3. Plejeforløbsplan	14
5.3.2.4. Udskrivningsrapport	15
5.3.2.5. Korrespondance-meddelelse	15
5.3.2.6. Henvísninger	16
5.3.2.7. Epikriser	17
5.3.2.8. Genoptræningsplan	17

1.0. Baggrund

Denne samarbejdsaftale beskriver rammerne for kommunikation og planlægning mellem kommuner, sygehuse og almen praksis i tværsektorielle borgerforløb. Aftalen beskriver samarbejdet om akutte og planlagte indlæggelser og udskrivelser, skadestueforløb samt indsatser før og efter en eventuel indlæggelse eller et ambulært forløb. Aftalen favner alle borgere, uanset alder og diagnose, undtagen socialpædagogiske indsatser til børn under 18 år

Aftalen gælder for de 22 kommuner, de somatiske sygehuse, Psykiatrisygehuset samt almen praksis i Region Syddanmark. Aftalen gælder som udgangspunkt ikke i samarbejdet med private aktører.

Når der i aftalen skrives "vi", så betyder det kommune, sygehus og almen praksis.

I aftalen anvendes begrebet "borgerforløb", fordi det afspejler den udvikling sundhedsvæsenet har været igennem, hvor det langt fra er alle borgere, der kommer på sygehuset.

I SAM:BO-aftalen bruges flere gange formuleringen *rettidig*. I forståelsen af rettidig trækker vi på definitionen fra relationel koordinering, som i forvejen er en kendt teori i både kommunerne og regionen.

Med rettidig kommunikation menes, at de involverede parter kommunikerer tilstrækkelig ofte til at kunne løse deres fælles opgave, samt om kommunikationen er timet, så modtagerne kan nå at bruge den meningsfuldt i deres arbejde. Er kommunikationen for hyppig, for sjælden eller forkert timet, risikerer den at virke forstyrrende eller irrelevant for opgaven.

De borgerforløb, vi samarbejder om mellem kommune, region og almen praksis er forskellige. Det er derfor i aftalen ikke muligt at sætte præcise tidsangivelser på, hvornår det er rettidigt at kommunikere. Det er en vurdering, som skal tages af den enkelte medarbejder ud fra det individuelle borgerforløb og gerne i dialog med kollegaen i den anden sektor.

Aftalen er en samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen 2024-2027. Den overordnede vision for Sundhedsaftalen er at udvikle det samlede sundhedsvæsen og skabe mere lighed i sundhed for hele den syddanske befolkning. Aftalen her understøtter dette gennem et stærkt fokus på at opnå den bedste kommunikation og koordinering omkring den enkelte borgers forløb, samt ved at vi i al planlægning er opmærksomme på borgerens egenomsorgsevne og ressourcerne i eget netværk.

Aftalen taler desuden ind i Sundhedsaftalens vision om at skabe gode overgange samt grundprincipperne i forhold til at bringe borgerens ressourcer i spil og skabe et samlet sundhedsvæsen.

Den har tæt sammenhæng til en række af vores øvrige samarbejdsaftaler, som beskriver det tværsektorielle samarbejde. [Link til samtlige samarbejdsaftaler](#)

Samarbejdsaftalen er udarbejdet med afsæt i den oprindelige SAM:BO-aftale fra 2009 og bygger videre på grundprincipperne og erfaringerne herfra - dog tilpasset nutidens borgerforløb.

2.0. Formål

Aftalens formål er at beskrive rammerne for, at vi alle kan tage et fælles ansvar for at sikre gode og sammenhængende borgerforløb. Det gør vi ved hjælp af nødvendig og rettidig kommunikation i det tværsektorielle samarbejde, så borgeren føler sig involveret og tryk i forhold til forløbet.

3.0. Grundprincipper

Grundprincipperne for samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og almen praksis er det centrale omdrejningspunkt for denne aftale. Den fælles ambition er at sikre kvalitet og patientsikkerhed i borgerforløbet, og at borgeren oplever gode og sammenhængende forløb.

Grundprincipperne beskriver de værdier, som skal være grundlaget for samarbejdet. Grundprincipperne skal ses som en guide til ledere og medarbejdere i det daglige samarbejde både i forhold til handlinger og beslutninger i borgerforløbet. Grundprincipperne giver ikke en endelig og entydig beskrivelse af, hvad der er rigtigt og forkert i samarbejdet, da det individuelt fastlægges gennem dialog med udgangspunkt i den enkelte borger og med baggrund i de øvrige afsnit i SAM:BO-aftalen.

I den forståelse er det et fælles ansvar, at vi på tværs af sektorer arbejder ud fra følgende tre grundprincipper:

- Vi involverer borgeren gennem hele forløbet
- Vi sikrer løbende dialog med hinanden gennem hele borgerforløbet
- Vi er kollegaer på tværs og understøtter hinandens faglighed

3.1. Grundprincip 1: Vi involverer borgeren gennem hele forløbet

Når vi involverer borgeren gennem hele forløbet, betyder det, at vi samarbejder med borgeren og dennes pårørende/netværk, så borgeren får indflydelse på sit eget pleje- og behandlingsforløb. I dette samarbejde lytter vi til borgerens ønsker, behov og bekymringer og sikrer, at der sker en forventningsafstemning med borgeren om muligheder. Vi tager udgangspunkt i borgerens livssituation og inddrager og understøtter borgerens egne og pårørendes/netværkets ressourcer.

Konkret kan det ses ved, at vi sikrer, at:

- Borgeren inddrages i den kommunikation, der sker mellem sektorer i forbindelse med planlægningen af borgerens forløb.
- Borgeren støttes i at forstå den information der gives, så det er tydeligt, hvad der er aftalt, og hvad der skal ske.
- Borgeren opnår nødvendig viden og kompetence for at kunne sætte sin egenomsorgsevne og ressourcerne i eget netværk i spil.
- Pårørende/netværk inddrages efter aftale med borgeren.

3.2. Grundprincip 2: Vi indgår i løbende dialog med hinanden gennem hele borgerforløbet

Når vi indgår i løbende dialog med hinanden, betyder det, at nødvendige oplysninger deles rettidigt på tværs af sektorer for at sikre planlægningen af borgerforløbet.

I kommunikationen skal vi have forståelse for og indsigt i, hvilke oplysninger vores kollegaer i den anden sektor aktuelt har behov for, med henblik på at tilgodese borgerens individuelle behov.

Konkret kan det ses ved, at:

- Vi har den nødvendige viden om og færdigheder i at anvende de aftalte kommunikationsveje.
- Vi prioriterer relationsdannelse og kendskabet til hinanden for at sikre kvaliteten i borgerforløbet.
- Vi forbereder hinanden rettidigt i forhold til den kommende indsats.
- Vi er opmærksomme på at alle borgere har individuelle forløb og sikrer derfor gensidig fleksibilitet i planlægningen.

3.3. Grundprincip 3: Vi er kollegaer på tværs og understøtter hinandens faglighed

Når vi som kollegaer på tværs understøtter hinandens faglighed, betyder det, at vi hjælper hinanden med at opnå den nødvendige viden og færdigheder i relation til det konkrete borgerforløb.

Vi indgår i et opgavefællesskab uafhængig af, hvor borgeren befinder sig, og vi hjælper hinanden på tværs af sektorer.

Konkret kan det ses ved, at:

- Vi er opmærksomme på, om kollegaer i den anden sektor har den nødvendige viden og færdigheder i forhold til den konkrete opgave.
- Vi tilbyder den nødvendige oplæring og undervisning til hinanden.
- Vi står til rådighed for hinanden med viden, sparring og vurdering når dette efterspørges gennem hele borgerens forløb.

4.0. Centrale begreber

I dette afsnit rammesættes en række centrale begreber, der knytter sig til det tværsektorielle samarbejde i relation til SAM:BO-aftalen. Det er afgørende, at alle sundhedsprofessionelle kender til og samarbejder ud fra disse begreber.

4.1. Indsatser efter Sundhedslov og Servicelov

Kommunerne skal kunne iværksætte indsatser efter Sundhedsloven og Serviceloven alle ugens **hver**dage. Dette gælder også i perioder med mere end to på hinanden følgende weekend og helligdage.

I weekenden og på helligdage skal kommunerne kunne iværksætte nødvendige indsatser inden for følgende områder:

- sygeplejefaglige indsatser
- personlig hjælp og pleje

- praktisk hjælp i hjemmet

Levering af hjælpemidler i weekenden og på helligdage afhænger af den enkelte kommunes serviceniveau. Under afsnittet, Kommunikation, er det uddybet, hvordan samarbejdet foregår.

4.1.1. Sygepleje

Sygeplejefaglige indsatser efter Sundhedsloven leveres vederlagsfrit til borger med akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglige indsatser er påkrævet. Kommunen iværksætter sygeplejeindsatser efter en lægeordination.

- Sygeplejefaglige indsatser kan f.eks. være medicinadministration (herunder injektioner, øjendrypning og IV-behandling), medicindispensering, sondeernæring, sårbehandling, kateteranlæggelse og -pleje samt kompressionsbehandling.
- Kommunal sygepleje kan tilbydes via telefon- eller videoløsning, på en kommunal sygeplejeklinik eller i eget hjem. Kommunen afgør, hvordan indsatsen leveres.

4.1.2. Indsatser efter Serviceloven

Indsatser efter Serviceloven leveres til borger med midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Kommunen bevilger indsatser efter Serviceloven på baggrund af en individuel vurdering af borger og ud fra kommunens kvalitetsstandarder og serviceniveau.

- Personlig hjælp og pleje
 - Hjælp til påklædning, soignering, mad mm.
- Praktisk hjælp i hjemmet
 - Hjælp til rengøring, indkøb og tøjvask.
 - Har borgeren ikke tidligere modtaget praktisk hjælp, skal borgeren eller evt. pårørende/netværk selv kontakte kommunen og ansøge om praktisk hjælp. Dette gælder, når det vurderes, at borgeren ud fra sin egenomsorgsevne, ressourcer samt netværk kan håndtere dette. Er det ikke tilfældet, understøtter sygehuset dette i forbindelse med udskrivelsesplanlægningen.
- Rehabiliteringsforløb
 - Samarbejdsproces med borgeren og evt. pårørende/netværk for at forbedre borgerens fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne, med henblik på at muliggøre et meningsfuldt liv med mest mulig aktivitet og deltagelse samt mestring og livskvalitet.
- Socialpædagogisk støtte
 - Hjælp, omsorg eller støtte samt genoptræning og hjælp til udvikling af færdigheder på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
- Genoptræning uden sygehusophold og vedligeholdende træning
 - Afhjælpe funktionsevnenedsættelse som følge af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer
- Midlertidigt ophold
 - Kommunen kan tilbyde midlertidigt ophold til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje.

4.1.3. Behandlingsredskaber, hjælpemidler og træningsredskaber

Region og kommuner har et fælles ansvar for sundhedsområdet, herunder også i forhold til ansvaret for finansiering og udlevering af behandlingsredskaber, hjælpemidler, utensilier og andre remedier, som indgår i behandling, pleje og genoptræning af borgere.

Ved udlevering af hjælpemidler og behandlingsredskaber er det alene formålet med anvendelsen af produktet, der er afgørende for, hvilken sektor, der har forpligtelsen til at levere. Der er derfor situationer, hvor det hverken er sygehus eller kommune, der har ansvar for at levere produktet, men derimod borgeren selv, der må købe eller leje.

- Behandlingsredskaber
 - 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.
 - 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.

- Hjælpemidler
 - Kommunen yder støtte til hjælpemidler og forbrugsgoder til borgere i henhold til Lov om Social Service. 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:
”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.”
 - Kommunen kan jf. Serviceloven §113b yde støtte til hjælpemidler eller forbrugsgoder i en tidsbegrænset periode til personer med midlertidigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, hvis betingelserne for støtte i §112, stk. 1, eller §113, stk. 1, i øvrigt er opfyldt.

- Træningsredskaber
 - Både region og kommune kan forsyne borgeren med træningsredskaber.
 - Almen ambulant genoptræning: Kommunen afholder udgifterne til genoptræning, herunder udgifterne til de redskaber, som kommunen vurderer, borgeren har behov for som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe redskaberne.
 - Specialiseret ambulant genoptræning: Ved specialiseret ambulant genoptræning leverer sygehuset de nødvendige redskaber. Taksterne til specialiseret ambulant genoptræning er beregnet således, at kommunen ikke skal betale særskilt for redskaber til specialiseret ambulant genoptræning (DRG-afregnet).

Er der tvivl om, hvilken myndighed, der har ansvaret for opgaveudførelsen, træder tilknytningsprincippet i kraft. Dette betyder, at den myndighed, der har tættest kontakt med patienten/borgeren leverer det nødvendige behandlingsredskab, hjælpemiddel og træningsredskaber til patienten/borgeren. Spørgsmål om ansvar og betaling afklares efterfølgende mellem de involverede myndigheder.

For spørgsmål henvises til [Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler](#) i Region Syddanmark, som er et værktøj, der beskriver vejledende tolkninger i sager, hvor der kan opstå uklarhed eller uenighed omkring ansvar for finansiering og levering.

4.1.4. Genoptræning efter sundhedsloven

Der skal jf. Sundhedsloven udarbejdes en genoptræningsplan til borgere, der efter udskrivelse fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Der er forskellige former for genoptræning efter Sundhedsloven og varetages af enten sygehus eller kommune:

- Almen ambulant genoptræning på basalt niveau varetages af kommunen
- Almen ambulant genoptræning på avanceret niveau varetages af kommunen
- Specialiseret genoptræning varetages af sygehuset
- Rehabilitering på specialiseret niveau varetages af kommunen

Kommunen afholder udgifterne til genoptræning efter Sundhedsloven.

4.2. Bolig- og adgangsforhold

Både sygehus og kommune skal så tidligt som muligt være opmærksomme på, om der er forhold i relation til borgerens bolig- og adgangsforhold, der udfordrer:

- borgerens adgang til boligen
- borgerens behov for færden i boligen
- den pleje, behandling eller lignende, der skal ske i boligen efter udskrivelse.

Eksempler på udfordringer kan være smalle døre, stejle trapper, et ikke tilstrækkeligt rent miljø og udfordringer i forhold til APV.

4.2.1. APV – Arbejdspladsvurdering i borgers hjem

APV-hjælpemidler understøtter medarbejderen i at udføre opgaver sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt hos borgeren.

I forbindelse med arbejdspladsvurdering (APV) i borgers hjem sikrer kommunen afdækning af behov for samt eventuel levering af relevante APV-hjælpemidler.

Der kan være tale om mindre APV-hjælpemidler som strømpepåtager eller større APV-hjælpemidler som plejeseng og lift.

Når udskrivelsen kræver nye hjælpemidler eller ændringer ift. bolig- og adgangsforhold, er det afgørende, at udskrivelsen koordineres rettidigt. Levering af hjælpemidler i weekenden og på helligdage afhænger af den enkelte kommunes serviceniveau.

4.3. Samtykke

Som hovedregel er det den, der videregiver oplysninger, som indhenter samtykke hos patienten. Dog skal sygehuset indhente samtykke til informationsudveksling, inden indlæggelsesrapporten åbnes og læses, fordi kommunen ikke har haft mulighed for at indhente samtykke.

Der henvises i øvrigt til materialet på SAM:BO-hjemmesiden vedr. samtykke.

4.4. Medicin

Borgeren skal så vidt muligt medbringe sin medicin i den form den har f.eks. dosispakket eller original emballage, når borgeren har ophold på sygehuset.

Kommunen tilføjer oplysninger om seneste administration af PN og depotmedicin i den automatiske eller manuelt opdaterede indlæggelsesrapport.

Ved dosispakket medicin følger sygehus, kommuner og almen praksis gældende retningslinjer og lignende. Sygehuset og almen praksis laver recepter på nye og ændrede medicinordinationer og ajourfører FMK.

Kommunerne håndterer dagligt FMK-adviseringer på borgere, der får hjælp til medicinbehandling, jf. Sundhedsdatastyrelsens "Best practice på FMK".

Hvis borger ikke i forvejen får hjælp til medicinbehandling, men hvor kommunen får en opgave vedrørende medicinen, skal sygehuset og almen praksis give besked til kommunen herom, jfr. "Kommunikationsafsnittet".

Sygehuset tilføjer oplysninger om seneste administration af PN og depotmedicin i udskrivningsrapporten eller anden relevant MedCom standard afhængig af forløbet.

Sygehuset og almen praksis (lægevagten) giver ved behov borgeren medicin med hjem, indtil anskaffelse fra apoteket er muligt.

4.5. Transport (til og fra sygehus)

Regionen tilbyder transport til og fra det sygehus, hvor behandlingen finder sted, efter gældende visitationspraksis.

Siddende transport tilbydes, hvis sygehuset vurderer, at borgeren af helbredsmæssige årsager ikke kan benytte offentlige transportmidler og samtidig opfylder nogle særlige betingelser.

Læs mere her: [Siddende patienttransport og ansøgning om tilskud til transport](#)

4.6. Færdigbehandling

Definition af færdigbehandling:

- En borger er færdigbehandlet i stationært regi, når borgeren ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.
- Færdigbehandlingsdatoen bliver gældende dagen efter registreringen.

Færdigbehandlingsdefinitionen fremgår af afsnit 4.3.2. i [Sundhedsdatastyrelsens indberetningsvejledning](#).

Der henvises i øvrigt til materialet på SAM:BO-hjemmesiden vedr. færdigbehandling.

4.7. Behandlingsansvar

Nutidens forløb stiller krav til samarbejdet og kommunikationen på tværs af sektorer samt tydelighed om, hvor behandlingsansvaret ligger. Dette gælder ikke kun i forbindelse med en udskrivelse, men også ved forløb i hjemmet.

I flere af de tværsektorielle samarbejdsaftaler fremgår behandlingsansvaret af de enkelte aftaler.

Aftalerne findes på regionens hjemmeside:

- [Samarbejdsaftaler vedrørende behandling i borgerens nærmiljø \(regionsyddanmark.dk\)](https://regionsyddanmark.dk)
- [Samarbejdsaftaler vedrørende overgange \(regionsyddanmark.dk\)](https://regionsyddanmark.dk)

4.7.1. Kommunikation om udvidet behandlingsansvar

Hvis borger udskrives med udvidet behandlingsansvar, angives dette i epikrisen samt i udskrivelsesrapportens rubrik 30: "Fremtidige aftaler". Her angives tidspunkt for afslutning af udvidet behandlingsansvar samt telefonnummer, hvorigennem den udskrivende afdeling kan kontaktes.

Borgeren oplyses desuden om, at eventuel kontakt til sygehuset foregår via sundhedsprofessionelle i kommunen.

Ændring og præcisering af behandlingsplanen, medicin og lignende aftales telefonisk mellem den udskrivende sygehusafdeling og den sundhedsprofessionelle i kommunen og dokumenteres i korrespondancemeddelelsen med titlen, "Udvidet behandlingsansvar", som sendes til hhv. kommune og borgers praktiserende læge. [Udvidet behandlingsansvar i Region Syddanmark](#)

4.8. Et Samlet Patientoverblik

Et Samlet Patientoverblik favner Aftaleoversigt, Fælles Stamkort samt Planer og Mål.

Formålet med Et Samlet Patientoverblik er at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen ved at sikre digital adgang til oplysninger og hurtig kommunikation om borgerens samlede situation herunder aftaler, stamkortoplysninger samt planer og mål.

4.8.1. Aftaleoversigten

Aftaleoversigten er en kalender, der giver borger og eventuelt pårørende et samlet overblik over borgerens aftaler med sygehus, kommune og almen praksis og som samtidig giver sundhedsprofessionelle mulighed for at koordinere aftaler på tværs af sektorer.

4.8.2. Fælles Stamkort

Fælles Stamkort er en digital deling af borgerens stamoplysninger på tværs af sektorer. Sundhedsprofessionelle så vel som borger og eventuelt pårørende kan tilgå og opdatere borgers stamoplysninger i Fælles Stamkort.

Borgers telefonnummer fremgår ikke automatisk af Fælles Stamkort. Det er derfor vigtigt, at sundhedsprofessionelle eller borgeren selv sikrer, at telefonnummeret tilføjes.

4.8.3. Planer og Mål

Med Et Samlet Patientoverblik deles borgers planer og mål på tværs af sundhedsvæsenet. Det giver borger og eventuelt pårørende adgang til oplysningerne, men også sundhedsprofessionelle i kommune, sygehus og almen praksis kan se og dele borgers planer og mål.

Derved kan behandlingen koordineres efter samme mål, og de sundhedsprofessionelle har ligeledes kendskab til borgerens øvrige planer, der er relevante for behandling og pleje.

Muligheden for at dele planer og mål på tværs af sundhedsvæsenet er aktuelt ikke implementeret.

5.0. Kommunikation

Dette afsnit beskriver kommunikationsveje på tværs af sektorer, tider for læsning og håndtering af elektroniske meddelelser samt kriterier for brugen af elektroniske meddelelser via de nationale MedCom-standarder.

Generelt for al kommunikation er, at både sygehus, kommune og almen praksis rettidigt skal dele nødvendige oplysninger på tværs af sektorer for at sikre planlægningen af borgerforløbet, samt at borger og evt. pårørende/netværk inddrages i kommunikationen.

Kommunikationen kan foregå via MedCom-standarder, telefon- eller videoopkald samt ved fysisk fremmøde. Valget af kommunikationsvej vil altid være situationsbestemt og afhænge af flere forskellige faktorer såsom tidsfrister, tilgængelighed, koordinering og kompleksitet.

Særligt for borgere indlagt på intensiv eller borgere indlagt i somatikken med tvangsforanstaltninger, gælder følgende:

- Ved borgere, som er indlagt på intensivafdeling, foregår kommunikationen om udskrivningsaftaler efter overflytning til stamafdeling. I tilfælde hvor borgere udskrives direkte fra intensivafdeling foregår kommunikationen om udskrivningsaftaler via den stamafdeling, som borgeren er tilknyttet.
- Ved borgere indlagt i somatikken, som samtidig er registreret indlagt i psykiatrien i forbindelse med tvang, er det somatikken, som kommunikerer om udskrivelse.

5.1. Telefonopkald

Telefonisk kontakt anvendes:

- når der er akut behov for at indhente eller videregive oplysninger.
- når der skal laves en aftale for udskrivelsen inden næste læsetid i kommunen.

Aftaler indgået pr. telefon skal altid dokumenteres i relevant MedCom-standard jfr. afsnit 5.3.2. om Kriterier for brug af MedCom-standarder”.

MedCom-standarder kan være op til en time om at nå frem til modtageren. Hvis der skal handles fra kommunens side inden eller umiddelbart efter næste tidspunkt for læsning af meddelelser, skal sygehuset tage telefonisk kontakt til kommunen snarest muligt.

5.2. Videomøde og fysisk møde

Videomøde og fysisk fremmøde anvendes, når der er behov for en uddybende kommunikation og udvidet koordinering i forbindelse med planlægning af udskrivelsen, herunder borgerens funktionsevne, behandling, behov for kommunale indsatser samt hjælpemidler/behandlingsredskaber. På mødet kan borgeren og evt.

pårørende/netværk deltage sammen med relevante fagligheder fra såvel kommune, sygehus som almen praksis.

Aftaler indgået på mødet skal altid dokumenteres i relevant MedCom-standard jfr. afsnit 5.3.2. om Kriterier for brug af MedCom-standarder

Forespørgsel om udvidet koordinering ændrer eller udskyder ikke en eventuel færdigbehandlingsdato, da færdigbehandlingsdatoen er en lægefaglig vurdering, men det kan udsætte udskrivningsdatoen.

5.3. MedCom-standarder

Den primære kommunikationsvej er MedCom-standarder. Afsnittet "Kriterier for brug af MedCom-standarder" beskriver, hvornår de enkelte standarder skal anvendes.

I Region Syddanmark er der krav om én indgang til kommunen. Hver kommune skal derfor have ét lokationsnummer, hvorpå sygehus og almen praksis kan kontakte kommunen, når det vedrører social-, sundheds- og omsorgsområdet.

5.3.1. Læsning og håndtering af MedCom-standarder

- Kommune
 - Advis om sygehusophold, korrespondancemeddelelser og udskrivningsrapporter læses og håndteres kl. 07.00, 15.00 og 23.00 alle dage.
 - Plejeforløbsplaner læses og håndteres alle dage. Se afsnit 5.3.2.3.
 - Øvrige MedCom-standarder læses og håndteres løbende på hverdage.
- Sygehus
 - Når borgeren opholder sig på sygehuset, skal sygehuset løbende læse og håndtere korrespondancemeddelelser, indlæggelsesrapporter og kvittering for plejeforløbsplaner fra kommune samt korrespondancemeddelelser fra almen praksis inden for den enkelte afdelings åbningstid.
 - Øvrige MedCom-standarder læses og håndteres løbende i afdelingens åbningstid.
- Almen praksis
 - Epikriser læses efter gældende retningslinjer.
 - Korrespondancemeddelelser læses inden for 3 hverdage.

5.3.2. Kriterier for brug af MedCom-standarder

Formålet med elektronisk kommunikation mellem sygehuse, kommuner og almen praksis er:

- at understøtte samarbejdet og dialogen i tværsektorielle borgerforløb
- at sikre rette oplysninger er rettidigt til stede hos rette sundhedsprofessionelle
- at øge patientsikkerheden

Som sundhedsprofessionel i både kommune, sygehus og almen praksis har vi en forpligtigelse til at bidrage til at kollegaer på tværs af sektorer får så præcise oplysninger om borgerens forløb samt videre behandling og pleje som muligt.

Opmærksomheden henledes på, at MedCom-standarder kan være op til en time om at nå frem til modtager.

5.3.2.1. Advis om sygehusophold

Formål

Formålet er via simpel information at informere kommunen om, hvor borgeren opholder sig.

Advis om sygehusophold kan bestå af følgende scenarier:

- akut ambulans sygehusophold
- indlæggelse
- udskrivelse
- orlov fra sygehusophold
- død

Princip

Advis afsendes automatisk fra sygehuset, når borgeren registreres i forhold til et af de fem scenarier.

Når advis om indlæggelse eller advis om akut ambulans sygehusophold modtages i kommunen, sendes automatisk en indlæggelsesrapport fra kommunen til sygehuset, se mere herom under indlæggelsesrapport.

Kommunen kan også se hvilken afdeling borgeren opholder sig på samt kontaktoplysninger hertil.

Det er vigtigt, at sygehusets registrering af borgeren i journalsystemet er med korrekt scenarie og tidstro, så kommunen kan planlægge rettidigt.

Advis om sygehusophold må udveksles uden samtykke fra borgeren.

Kommunerne har faste læsetider for advis. Det er kl. 07.00, kl. 15.00 og kl. 23.00.

Læs mere her [NOTAT om FHIR–Advis om sygehusophold](#)

5.3.2.2. Automatisk indlæggelsesrapport og supplerende indlæggelsesrapport

Formål

Formålet med den automatiske indlæggelsesrapport og den supplerende (manuelt opdaterede) indlæggelsesrapport er, at kommunen videregiver oplysninger om borgeren til sygehuset.

Automatisk indlæggelsesrapport

Den automatiske indlæggelsesrapport kan bl.a. indeholde oplysninger om borgerens:

- indsatser (personlig pleje og praktisk hjælp samt sygeplejeindsatser)
- tilstande (funktionsevne og sygeplejefaglige problemområder)
- aktuelle hjælpemidler
- kontaktoplysninger til pårørende

Supplerende (manuelt opdaterede) indlæggelsesrapport

Når det er relevant i borgerforløbet, sender kommunen hurtigst muligt en supplerende indlæggelsesrapport.

Denne indlæggelsesrapport skal bidrage med yderligere aktuelle oplysninger om:

- hvad der er gået forud for indlæggelsen.
- oplysninger om eks. fravalg af genoplivning, smitte eller særlige forhold omkring pårørende.
- hvis relevant for forløbet videregives oplysninger om tidspunkt for seneste depotgivning samt PN-medicin.

Hvis der er ændringer til indholdet i forhold til tidligere afsendt indlæggelsesrapport, skal det ud for de ændrede oplysninger tydelig angives med "Dato" og "NYT".

Princip

Den automatiske indlæggelsesrapport sendes automatisk fra kommunen til sygehuset, når kommunen modtager avis om sygehusophold.

Den supplerende indlæggelsesrapport sendes manuelt ved behov og hurtigst muligt efter afsendelse af den automatiske indlæggelsesrapport.

5.3.2.3. Plejeforløbsplan

Formål

Formålet med plejeforløbsplanen er, at sygehuset rettidigt videregiver relevante oplysninger om borgeren i forbindelse med planlægning af endt sygehusophold.

Princip

Plejeforløbsplanen sendes rettidigt for akut ambulante (forløb i FAM, PAM, skadestue, skadepoliklinikker og lignende akutmodtagelser) og indlagte forløb, når der foreligger en realistisk plan og forventning om borgerens funktionsevne, plejebestand og sygeplejefaglige indsatser ved udskrivelse.

Plejeforløbsplanen sendes i følgende situationer:

- Når borgeren på grund af ændret funktionsevne eller plejebestand har brug for nye eller ændrede kommunale indsatser efter Serviceloven.
- Når borgeren skal modtage nye eller ændrede sygeplejefaglige indsatser efter Sundhedsloven, og indsatserne er omfattet af samarbejdsaftalerne vedr. opgaveoverdragelse - [Samarbejdsaftaler \(regionsyddanmark.dk\)](http://regionsyddanmark.dk).
- I situationer hvor nye sygeplejefaglige- og servicelovsindsatser kræver et større APV-hjælpemiddel f.eks. en plejeseng eller en lift.

Udskrivelse kan i ovenstående situationer ikke ske uden en forudgående aftale med kommunen.

Plejeforløbsplanen er ikke påkrævet i følgende situation:

- I meget korte akut ambulante eller indlagte forløb, hvor udskrivningsrapport fremsendes umiddelbart efter en plejeforløbsplan, og hvor udskrivelse aftales telefonisk, kan sygehus og kommune individuel aftale, at der alene sendes en udskrivningsrapport.
- Når der ikke er ændringer i borgers funktionsevne og plejebestand, og der dermed ikke er behov for nye eller ændrede kommunale indsatser efter Serviceloven. Her følges beskrivelsen i afsnit 5.3.2.5 om Korrespondancemeddelelser.
- Når borger skal modtage nye eller ændrede sygeplejefaglige indsatser efter Sundhedsloven, og hvor indsatserne ikke er omfattet af samarbejdsaftalerne vedr. opgaveoverdragelse - [Samarbejdsaftaler \(regionsyddanmark.dk\)](http://regionsyddanmark.dk). Her følges beskrivelsen i afsnit 5.3.2.5 om Korrespondancemeddelelser.

Hvis der er ændringer i indhold i forhold til tidligere afsendt plejeforløbsplan, sendes en ny plejeforløbsplan. Ændrede oplysninger angives tydeligt med "Dato" og "NYT".

Kommunen skal kvittere for plejeforløbsplanen:

- Plejeforløbsplaner, som sygehuset har sendt inden kl. 14.00 kvitterer kommunen for samme dag inden kl. 20.00, både hverdage samt i weekend og på helligdage.
- Plejeforløbsplaner, som sygehuset har sendt efter kl. 14.00, kvitterer kommunen for næstkommende dag:
 - På hverdage inden kl. 10.00
 - I weekender og på helligdage inden kl. 15.00
- Kommunen kan i kvitteringen stille uddybende spørgsmål til udskrivelsen.
- I weekenden og på helligdage kan kommunen i kvitteringen henvise til, at plejeforløbsplanen først vil blive behandlet næstkommende hverdag, hvis der er brug for at visitationen grundet kompleksiteten i udskrivelsen behandler indholdet i plejeforløbsplanen.
- Når kommunen har kvitteret og accepteret plejeforløbsplanen uden yderligere kommentarer, gælder plejeforløbsplanen som aftale om udskrivelse.

5.3.2.4. Udskrivningsrapport

Formål

Formålet med udskrivningsrapporten er, at sygehuset giver kommunen en status på borgerens relevante sundhedsfaglige oplysninger vedrørende borgerens aktuelle indlæggelsesforløb, funktionsevne, diagnoser og behov for pleje og behandling.

Princip

Følgende kriterier skal opfyldes for udskrivningsrapporten:

- Der sendes en udskrivningsrapport på alle akut ambulante og indlagte forløb, hvor borgeren efterfølgende skal modtage kommunale indsatser.
- I udskrivningsrapporten skal det fremgå, hvis der er lavet specifikke aftaler for borgerens fremtidige behandlingsforløb, f.eks. [Udvidet behandlingsansvar](#) og fravalg af genoplivning, se den regionale retningslinje for [Forudgående fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling](#).
- Sygehuset sender udskrivningsrapporten til kommunen i umiddelbar forbindelse med, at borgeren forlader sygehuset.
- Sygehuset tilbyder en kopi af udskrivningsrapporten til borgeren.
- Udskrivningsrapporten må ikke indeholde nye oplysninger i forhold til aftaler, der allerede er indgået via plejeforløbsplanen, medmindre der er tale om sygeplejefaglige indsatser. Det gælder dog ikke, hvis der er tale om sygeplejefaglige indsatser, der er omfattet af en samarbejdsaftale vedr. opgaveoverdragelse eller som kræver et større APV-hjælpemiddel.
- Kommunerne har faste læsetider for udskrivningsrapporten. Det er kl. 07.00, kl. 15.00 og kl. 23.00.

5.3.2.5. Korrespondance-meddelelse

Formål

Korrespondancemeddelelsen er en MedCom-standard, som bidrager til gensidigt at sikre kommunikationen mellem kommune, sygehus og almen praksis omkring borgeren og dennes forløb. Det er en fritekstbaseret standard.

Princip

- Korrespondancemeddelelser kan aldrig erstatte, hvad der skal dokumenteres i en plejeforløbsplan og udskrivningsrapport.
- Kommunerne har faste læsetider for korrespondancemeddelelserne. Det er kl. 07.00, kl. 15.00 og kl. 23.00.
- Sygehusets afdelinger læser løbende korrespondancemeddelelser på indlagte borgere i åbningstiden.
- Sygehusets afdelinger læser øvrige korrespondancemeddelelser én gang i døgnet i åbningstiden.
- Sygehusets ambulatorier læser korrespondancemeddelelser en gang dagligt i åbningstiden.
- Almen praksis læser korrespondancemeddelelser inden for 3 hverdage.

Korrespondancemeddelelserne bruges til kommunikation:

- I et ambulat forløb
- I kommunikationen med almen praksis
- I forbindelse med udvidet behandlingsansvar
- Til fremsendelse af udskrivningsaftale- /koordinationsplan i psykiatrien
- Når kommunen skal orienteres om borgerens udskrivelse, men hvor der jf. kriterierne i afsnit 5.3.2.3 ikke skal sendes en plejeforløbsplan

Korrespondance med orientering vedrørende borgers udskrivelse sendes i følgende situationer, og hvor der ikke samtidig sendes en plejeforløbsplan:

- Når der ikke er ændringer i borgers funktionsevne og plejebestand, og der dermed ikke er behov for nye eller ændrede kommunale indsatser efter Serviceloven
- Når borger skal modtage nye eller ændrede sygeplejefaglige indsatser efter Sundhedsloven, og hvor indsatserne ikke er omfattet af samarbejdsaftalerne vedr. opgaveoverdragelse - [Samarbejdsaftaler \(regionsyddanmark.dk\)](http://regionsyddanmark.dk).

Orientering vedrørende borgers udskrivelse sendes dog kun til kommunen, hvis borgeren skal have kommunale indsatser inden for det første døgn efter udskrivelse.

Sygehuset sender i disse tilfælde en korrespondancemeddelelse til kommunen med dato og klokkeslæt for udskrivelse samt færdigbehandlingsdato.

Har borgeren først behov for kommunale indsatser senere end et døgn efter udskrivelse sendes blot en udskrivningsrapport.

5.3.2.6. Henvvisninger

Formål

Formålet med en henvisning er, at en læge kan sende borgeren til yderligere undersøgelse, behandling eller patientrettet forebyggelse. Henvisningen beskriver borgerens tilstand og behov.

Princip

- Der skal altid forelægge en henvisning forud for en indlæggelse eller ambulante behandling. Henvisningen sendes til den relevante sygehusafdeling eller til en central visitationsafdeling med angivelse af henvisningsdiagnosen og ønsket undersøgelse/behandling. Derudover anføres kortfattet anamnese.
- I forhold til psykiatrien er der intet krav om henvisning til PAM.

5.3.2.7. Epikriser

Formål

Formålet med epikrisen er at sikre en skriftlig overlevering af lægefaglige oplysninger fra en læge til en anden læge enten ved udskrivelse eller ved anden afslutning af et behandlingsforløb.

Princip

- Epikrisen er et kort sammendrag af borgerens sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling.
- Sygehuslægen skal markere de epikriser, hvori der anbefales opfølgning hos egen læge.
- Sygehuslægen skal udfylde anbefalingsfeltet på de markerede epikriser.
- Epikriser må ikke indeholde overflødig autogenerated tekst.
- Den praktiserende læge skal gennemse de epikriser, sygehuslægen har markeret som indeholdende anbefaling om opfølgning ved modtagelse.
- Den praktiserende læge skal kun gennemse de epikriser, der af sygehuslægen er markeret med en anbefalet opfølgning inden første kontakt med borgeren.
- Epikrisen skal sendes til borgerens praktiserende læge senest tre hverdage efter afsluttet behandling.
- Opmærksomhed henledes på borgere i sikringsgruppe 2, der ikke har en fast tilknyttet praktiserende læge.

5.3.2.8. Genoptræningsplan

Formål

Formålet med genoptræningsplanen er, at:

- sikre borgerne et målrettet, sammenhængende forløb ved udskrivelse fra et sengeafsnit eller efter besøg i ambulatorie / skadestue, så borgerens overgang til genoptræning er koordineret.
- sikre korrekt henvisning til almen genoptræning eller specialiseret genoptræning efter primær behandling på regionens sygehuse.
- sikre videregivelse af relevante informationer til de sundhedsprofessionelle, som har ansvaret for genoptræningsindsatsen efter udskrivning fra sygehus, så de kan varetage den efterfølgende genoptræningsindsats.

Princip

- Den Gode GenOptræningsPlan (G-GOP) skal angive, om borgeren har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

- Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af borgerens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet herunder en angivelse af hvilke funktionsevnenedsættelser, som genoptræningen skal rette sig imod m.v.