



SAM:BO Nøgleord

Nøgleord	Ordforklaring
Ambulant notat	<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: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/</p>
Ambulant korrespondance	<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>
Behandlingsredskaber, hjælpemidler, træningsredskaber	<p>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.</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>Hjælpemidler: 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>Træningsredskaber (Sundhedslovens § 84 og § 140): 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: https://www.sundhed.dk/content/cms/70/45970_case-katalog_juli2013_korr-1.pdf</p>
Bolig- og adgangsforhold	<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">• borgerens adgang til boligen• borgerens behov for færden i boligen• den pleje, behandling eller lignende, der skal ske i boligen efter udskrivelse. <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>
Bookingsvar	<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>https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/</p>



DÆMP	<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: www.regionsyddanmark.dk/dæmp</p>
Epikrise	<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>https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/epikrise/</p>
FAM	<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>
FMK	<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>https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/konsulenthjaelp-til-praksis/fmk/</p>
Funktionsevne	<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>
Fællessprog II/III	<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: Fælles Sprog III - Den korte version</p>
Færdigbehandling	<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>
Genoptræningsplan	<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>https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=164976</p>
Henvisning til sygehus (elektronisk)	<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>https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/kommunikation-sygehuse-laegepraksis/</p>
Indlagt korrespondance	<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>
Indlæggelsesrapport	<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>
Kompenserende indsats	<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.
Medicinsvigt	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.
Opfølgende hjemmebesøg	<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>https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/administration/paragraf-2-og-samarbejdsaftaler/paragraf-2-aftaler/opfoelgning-koordination-efter-udskrivelse/</p>
Opsøgende hjemmebesøg	<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">• opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne• identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer• vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug,• opnå kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde <p>Ydelsen må maksimalt foretages én gang om året pr. patient.</p>
PAM	Psykiatrisk akutmodtagelse. Akutmodtagelsen har en åben skadestuefunktion og modtager således både henviste patienter samt patienter som henvender sig selv.
Plejeforløbsplan	<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>
Rehabiliterende indsats	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.



Samtykke til informationsudveksling	<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 aktuel 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>Manglende samtykke:</p> <p>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 aktuel undersøgelse og behandling af patienten, hvor videregivelse finder sted som et led i et samlet og igangværende behandlingsforløb.</p>
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling	<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: http://www.regionsyddanmark.dk/wm373177</p>
Serviceovens § 107-borger	<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">• Fysisk og psykisk handicap og psykiatriske lidelser, herunder psykisk sårbarhed og personlighedsforstyrrelse.• Misbrug• Social angst



	<ul style="list-style-type: none">• Problematisk skolegang• Sparsomt eller negativt netværk• Kriminalitet
Serviceovens § 108-borger	<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>
Skadestuekorrespondance	En skadestuekorrespondance kan anvendes til kommunikation mellem kommune og sygehus. Der modtages ikke kvitteringsskrivelse fra kommunen.
Tidlig opsporing	Kommunalt fokusområde, hvor målsætningen er at forebygge funktionstab og uhensigtsmæssige indlæggelser.
Tidstro registrering	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.
Transport (til og fra sygehus)	<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: http://www.regionsyddanmark.dk/wm406205</p>
Udvidet koordinering	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.
Udskrivningsrapport	Udskrivningsrapporten er en status på og et resume af det forløb, patienten har gennemgået.
Væsentlige ændringer	<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">• Ændres hjælpen fra ingen hjælp til en støttende hånd• Ændres hjælpen fra klarer selv toiletbesøg til skal følges til og fra toilettet• Ændres hjælpen fra klarer selv madlavning til hjælp/støtte i forbindelse med anretning af maden



- 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.).