

Dato: 04.03.09
Vor ref.: DSL

Referat fra 5. møde i national sygehus-kommunearbejdsgruppe

Dato: Torsdag den 26. februar 2009

Sted: MedCom

Deltagere: Carsten Stanley Mortensen, Aalborg Kommune
Thomas Koldkur Bitsch, Region Midtjylland
Peter Lindholm Astrup, Region Midtjylland
Alice Kristensen, Region Syddanmark
Bente Falk, Region Syddanmark
Mette Brøsted Nielsen, Esbjerg Kommune
Bodil Grøn, Fredericia Kommune
Jens Henning Rasmussen, Region Sjælland
Mette Harbo, Region Hovedstaden
Merete Halkjær, Københavns Kommune
Dorthe Skou Lassen, MedCom
Iben Søgaard, MedCom (referent)

Fraværende: Annemarie Gammelgaard Frandsen, Region Nordjylland
Hanne Linnemann, Århus Kommune
Alice Jepsen, Region Syddanmark
Søren Skafte Jensen, Lolland Kommune
Annette Lyneborg Nielsen, Region Hovedstaden
Hans Bækvang, Fredensborg Kommune

Referat:

1. Velkomst, referat og meddelelser

Velkomst v. Dorthe. Beklager den sene udsendelse af dagsorden.

Dorthe har ekstra punkter til dagsordenen: Status på DGOP og begreber fra SDSD.

Der er lidt rod i mødedatoerne. Det beklager vi. De rigtige datoer er 9/3, 30/3, 29/4 og 8/6.

De kommuner, der har Zealand Care, har fået brev om, at de ikke længere vil lægge fokus på omsorgssystemer, men det skulle ikke påvirke de igangværende kunder.

Region Hovedstaden har et problem: Kommunerne får rigtig mange indlæggelsesadviser på patienter, som kun er inde et par timer. Det kan være dialysepatienter eller andet. Det giver problemer, da patienten, når hun så kommer hjem, pludselig ikke modtager aftensmad, hjemmeplejebesøg m.m. Mette Harbo spørger, om der er andre, der har en god løsning på problematikken. På Esbjerg Sygehus kan de oprette et ambulans underafsnit for sådanne patienter,

så når kommunerne opdager dem, ringer de til sygehuset og får dem til at lave denne registrering. Mette Brøsted Nielsen sender kontaktoplysninger til Mette Harbo, så hun selv kan kontakte vedkommende. Det interessante er jo, om det bare er noget, som Esbjerg kan, eller om det er noget, som alle systemer vil kunne.

2. **Status DGOP**

Det kører fortsat i Region Nordjylland til Aalborg og Brønderslev kommuner.

I Region Midtjylland kører det til Viborg og Skive kommuner. Da Progrator begyndte at konvertere til ny korrespondance, gik det i stå i Viborg Kommune, men det var en fejl i Rambøll, som nu er løst, således at det kører igen.

I Region Syddanmark køres der test fra Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg. Der er nogle fejl, men det er svært at gennemskue, hvor fejlene ligger. Der køres test fra Sygehus Sønderjylland.

Region Sjælland skulle have været i pilotdrift til 2 kommuner, men der har været nogle problemer – bl.a. med Rambøll i Kalundborg. Og der sendes forkerte negative kvitteringer fra KMD.

Kalundborg starter med DGOP på papir med fax, og Odsherred starter med rigtig DGOP.

Region Hovedstaden kører, dog med fejl. Tester med Hillerød Kommune med DGOP konverteret til korrespondance. Begge VANS kan konvertering af DGOP til den nye korrespondance nu, men der hvor DGOP skal igennem både Progrator og KMD, er der stadig ikke helt styr på det.

Merete efterspørger en oversigt over de forskellige EOJ-systemer, og i hvilke versioner de kan modtage DGOP, eller om det er noget, der skal tilkøbes.

Der er et arbejde i gang med SOR-/SST-folkene vedr. en oprydning i sundhedsoplysningerne for kommunerne i partnerskabstabellen. Region Syddanmark er også med i arbejdet. Thomas anbefaler, at MedCom lige undersøger, hvilke oplysninger SST vælger at konvertere over, så man ikke sidder og opdaterer en række stamoplysninger, som SST så vælger slet ikke at smide med over i SOR.

3. **Udskrivningsplanlægning/Forløbsplan/Varsling/unævnelige**

Der er tilbagemelding fra Region Hovedstaden, Region Nordjylland, Region Sjælland og de 3 kommuner (Esbjerg, Aalborg og Fredericia) fra vores gruppe. Samtidig har MedCom orienteret om, at der kan være et arbejde omkring præsentation af data i funktionsevneskemaet.

Er 350 tegn nok i fritekstfeltet under problemstillinger? Nej, der laves plads svarende til 1 side.

Esbjerg Kommune vil gerne have ændret feltet "Problemstillinger", så der i stedet er 3 felter: "Indlæggelsesårsag", "Plan for behandling/udredning" og "Plan for genoptræning/mobilisering under indlæggelsen". Der var en del diskussion omkring dette. Vi landede forslaget på den måde, at der bliver 2 felter: "Indlæggelsesårsag" (et lille fritekstfelt) og "Forventet indlæggelsesforløb" med hjælpeteksterne "*eksempelvis plan for behandling/udredning og mobilisering under indlæggelsen*" (et stort fritekstfelt – 1 side).

Feltet "Dato for plankonference" ændres til "Dato for udskrivningskonference", da det er det udtryk, man bruger i sundhedsaftalerne.

Feltet "Funktionsevne" tilpasses fælles sprog 2, således at funktionsevnen angives som:

1. Ingen/ubetydelige, 2. Lette, 3. Moderate, 4. Svære og 5. Totale. Herudover tilføjes et felt: *0. Kan ikke vurderes*, som alle felter vil være forudfyldt med. På den måde bliver det obligatorisk at udfylde disse felter, men man kan springe stillingtagen over ved at skrive 0 i felterne. Der skal laves et felt for hver linie, for ellers vil man ikke kunne vise den pænt og overskueligt.

Feltet "Funktionsevne" skal ændres til "Forventet funktionsevne ved udskrivelsen".

Funktionsevneteksterne er suppleret, således at de nu hedder:

Før d. 26. februar 2009	Efter mødet d. 26. februar 2009
1. Personlig hygiejne 2. Af- og påklædning 3. Toiletbesøg 4. Mobilitet inde 5. Spisning 6. Psykisk tilstand – hukommelse 7. Akut/kronisk sygdom/handicap	1. Bade 2. Vaske sig 3. Af- og påklædning 4. Toiletbesøg 5. Flytte sig 6. Færdes i egen bolig 7. Spisning 8. Drikke 9. Lave mad 10. Psykisk tilstand - hukommelsen 11. Klare hverdagen

Hvad skal standarden hedde? Sidste gang blev vi enige om ”udskrivningsplanlægning”, men dette giver problemer, da udskrivning skal foregå i samarbejde, og dette er en orientering/varsel fra sygehuset. Navn er stadigvæk ikke fundet, der er fortsat 3 flasker vin på højkant.

Baggrund for standarden: Udskrivning starter ved indlæggelsen, derfor skal der tidligt sendes information til hjemmeplejen.

Formål for standarden:

- Kommunerne har mulighed for at forberede hjemtagelse, altså om kommunen skal foretage en aktion eller ej.
- Følge borger under indlæggelse.
- At give orientering om forventet status ved udskrivning.
- Udskrivningsdato skal så tæt på færdigbehandlingsdatoen som muligt.

4. Begreber fra SDSD

Dette emne ikke nået på dagens møde.

5. Udskrivningsrapport

Vi skal definere indhold, så kom gerne med input på mødet. Se eksempel på MedComs eksisterende version side 11 i vedhæftede standard.

Mette fra Esbjerg argumenterer for, at udskrivningsrapporten ligner ”standarden” så meget som muligt, så det er nemt for personalet et genkende. Mette fra Hovedstaden argumenterer for, at man måske slår standarden og udskrivningsrapporten sammen. Dette var der bred enighed om, men så skal der tilføjes nogle felter til ”standarden for forløb/tidlig varsling”, og så skal den være dynamisk på den måde, at man kan sende samme meddelelse frem og tilbage flere gange, men der skal være et tydeligt versions-/statusskifte. Det skal også være tydeligt for brugeren, om man udfylder en ”tidlig forløbsplan/udskrivningsplanlægning/tidlig varsling”, eller om man udfylder en ”udskrivningsrapport”.

I forhold til ”standarden” skal feltet ”Forventet udskrivningsdato” ændres til ”Udskrivningsdato”. Hvorvidt man skal kunne kommunikere meddelelsen frem og tilbage mellem sygehus og kommune, må vi spørge leverandørerne om på mødet den 30/3. Meddelelsen skal have et forløbs-id, hvis forløbsbaseret kommunikation skal kunne sammenkædes. Feltet ”Dato for udskrivningskonference” skal fjernes, da det ikke er relevant, når patienten udskrives. Feltet ”Forventet indlæggelsesforløb” ændres til ”Indlæggelsesforløb” med hjælpeteksten (Kort resumé i fritekst). Feltet ”Øvrige forhold” fjernes. Feltet ”Ydelser” fra udskrivningsrapporten fjernes.

Feltet "Diagnoser" fra udskrivningsrapporten vender vi på næste møde, da Carsten gerne vil hjem og undersøge Aalborgs erfaringer.

Feltet "Forventet funktionsevne ved udskrivelse" ændres til "Funktionsevne ved udskrivelse". Feltet "Hjælpemidler" fra udskrivningsrapporten bibeholdes med angivelse af *Medsendt eller ej* og *Aftalt* (fritekstfelter).

Feltet "Medicin" fra udskrivningsrapporten: Der er forskellige måder at håndtere det på i de enkelte regioner, men fakta er, at man ikke kopierer fra andre systemer til udskrivningsrapporten, da der er alt for stor risiko for fejl. De fleste steder håndteres det på den måde, at patienten får et print med hjem, og at det i øvrigt skrives i epikrisen til egen læge. Men det kan give god mening at skrive: "Ny medicin" med valgmuligheden ja/nej. "Behov for hjælp til afhentning på apotek" med valgmuligheden ja/nej. Vi diskuterer den næste gang igen. Dorthe går lige hjem og læser lidt nærmere omkring dosisdispensering, og så tager vi den næste gang.

Feltet "Fremtidsplan" fra udskrivningsrapporten ændres til "Fremtidige aftaler" med mulighed for at skrive ambulans kontrol, fjernelse af sting m.m.

6. **Indlæggelsesrapport**

Orientering fra MedCom.

Blev ikke nået på mødet tages med til næste møde.

7. **Dialog med sygehus-kommuneleverandørerne - udarbejdelse af oplæg**

Input under mødet noteret, emnet tages med på næste møde

8. **Eventuelt**

Intet.