

Forskerparken 10  
DK-5230 Odense M

Telefon: +45 6543 2030  
Mobilnummer 61781877  
E-Mail: [ibs@medcom.dk](mailto:ibs@medcom.dk)  
[www.medcom.dk](http://www.medcom.dk)

Dato 12.11.2019

Vor ref. IBS

## Referat fra 2. møde i projektgruppen for kommunale akutfunktioner

*Du kan i [MedComs Databeskyttelsespolitik](#) læse om, hvordan MedCom behandler dine personoplysninger.*

- Tidspunkt:** Torsdag, den 7. november 2019
- Sted:** MedCom, Odense
- Deltagere:** Kathrine Lindegaard Gellert,  
Aalborg Kommune (sygeplejefaglig leder)  
Marie Louise Daugård, Silkeborg Kommune  
(sygeplejefaglig)  
Hanne Kirial, Silkeborg Kommune (leder akutteam)  
Vigga Ravnkilde, Horsens Kommune (daglig leder  
akutteam)  
Anni Damgaard, Horsens Kommune (sygeplejerske)  
Dorte Medum, Horsens Kommune (teknisk vinkel)  
Anne Wind Mathiesen, Esbjerg Kommune  
(sygeplejerske akutteam)  
Nina Andersen, Odense Kommune (leder akutteam)  
Kristina Muhl, Odense Kommune (akutsygeplejerske)  
Niels Akilles Lunden, Guldborgsund Kommune  
(kommunal læge)  
Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk,  
Ballerup/Herlev/Furesø (daglig leder akutteam)  
Marlene Plam, Køge Kommune (sygeplejerske)  
Bodil Mouritsen, Køge Kommune (leder akutteam)  
Anette Park Himmelman, Københavns Kommune  
(akutsygeplejerske akutteam udekørende)  
Michael Hansen-Nord, FAM OUH (ledende overlæge)  
Joachim Nørmark, Lægerne Kennedy Arkaden,  
Aalborg (praktiserende læge)  
Bo Gandil Jakobsen, Kariselægerne, Karise  
(praktiserende læge)

Peter Barkholt, PLO  
Helle Sztuk, Region Sjælland (Programleder e-hospital) – ekstern oplægsholder  
Ditte Knudsen, Sakskøbing Lægehus (sygeplejerske) – ekstern oplægsholder  
Tom Høg Sørensen, MedCom  
Dorthe Skou Lassen, MedCom  
Jeanette Jensen, MedCom  
Kirsten Ravn Christiansen, MedCom  
Lone Højberg, MedCom  
Karina Møller Lorenzen, MedCom  
Iben Sjøgaard, MedCom (referent)

**Fraværende:**

Lone Vinhard, KL  
Jacob Møller Jacobsen, KL  
Charlotte Helene Westh, Københavns Kommune (leder akutteam)  
Vibeke Kjær-Jensen, Silkeborg Kommune (teamleder Sundheds-IT)  
Marianne Schmidt, Esbjerg Kommune (leder akutteam)  
Henrik V. Andersen, Korup Lægehus, Odense (praktiserende læge)  
Sten Sønderhousen, Køge Kommune (EOJ-ansvarlig)  
Pernille Voigt, Guldborgsund Kommune (gruppeleder)  
Michelle Nagel Delica, Københavns Kommune (sundhedsfaglig systemkonsulent)  
Bo Lindberg, Slagelse Kommune (kommunal læge)

**Referat:**

**1. Velkommen**

Kirsten byder velkommen.  
Kort præsentationsrunde.  
Der er desværre afbud fra nogle stykker, herunder KL og kommunal læge fra Slagelse.  
Kort gennemgang af dagsordenen.

**2. Kort status på de to projekter:**

- a. Henvisning til/Afslutningsnotat fra Kommunale Akutfunktioner  
På baggrund af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner" har MedCom dokumenteret 2 nye standarder "Henvisning til kommunens akutfunktion" samt "Afslutningsnotat fra kommunens akutfunktion". Begge standarder forventes idriftsat 1. september 2020.  
Det betyder ikke, at de kommuner, der allerede er i gang med at kommunikere via korrespondancemeddelelsen, skal holde op med det, hvor det giver mening. Det er aftalt, at man anvender henvisningsstandarder der, hvor der foreligger en behandlingsplan.  
Dorthe præsenterer, hvordan en henvisning og et afslutningsnotat kan se ud.  
En henvisning skal altid forudgå af en telefonkontakt til kommunen.  
Det bliver spændende at se, hvordan henvisningen tages i brug, da vi allerede kan se, at der ofte – specielt mellem de praktiserende læger og akutfunktionen – er en del kommunikation, evt. som en

del af processen hen imod en behandlingsplan.

Der er forsøgsordninger i Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Aalborg Kommune med honorering af de praktiserende læger. Det er planen, at man gerne vil udrulle det på landsplan efterfølgende.

Se aftalen for Region Midtjylland her:

[https://www.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM%20Internet%5CDagsordener%5Cregionsraadet%202019%5C26-06-2019%5CAaben\\_dagsorden&appendixId=237688](https://www.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM%20Internet%5CDagsordener%5Cregionsraadet%202019%5C26-06-2019%5CAaben_dagsorden&appendixId=237688).

Se aftalen for Region Hovedstaden her: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Flere-borgere-i-Region-H-skal-behandles-hjemme-og-undg%C3%A5-akutte-indl%C3%A6ggelser.aspx>.

Anne-Marie efterspørger, at man italesætter, om det er en KAN-opgave eller en SKAL-opgave at benytte henvisningen. Hvad er hensigten med henvisningen?

Michael kan ikke lige se, hvad "henvisningsårsag" skal bruges til, da sygehuset beholder behandlingsansvaret, så mener ikke, det er helt gennemskueligt, hvad henvisningen skal bruges til. I Odense Kommune benytter man de eksisterende meddelelser som fx plejeforløbsplan og skadestueepikrise i forbindelse med henvisning fra sygehuset. Nina nævner, at det kan være, at noget af den eksisterende kommunikation kan omlægges til henvisningen. Det må udredes nærmere.

Dorthe synes, at hele diskussionen taler for, at vi afholder en workshop i 2020, hvor vi også inviterer den faglige styregruppe, hvor der sidder repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, KL, PLO og Danske Regioner. Der er formodentlig meget forskellige behov i den måde, som akutenheden på OUH har etableret arbejdsgange og kommunikation i samarbejde med Odense Kommune samt Nordfyns Kommune ift., hvorledes praksis/behovet er andre steder i landet. Flere praksis- og kommunallæger vil sammen med flere kommuner opfatte det som en hjælp, at få data via en henvisning.

- b. Kommunikation med Kommunal Pleje (Deloitte-rapport vedr. Kommunikation mellem Praktiserende læge og Kommunale Akutfunktioner)

Fokus i projektet er digital kommunikation mellem praktiserende læger og kommunale akutfunktioner af den grund, at projektet er et projekt under programmet for Digital Almen Praksis. Det betyder dog ikke, at vi ikke har øje for, at der også er behov for kommunikation mellem sygehusene og de kommunale akutfunktioner.

Deloitte's rapport er færdig og er også sendt ud til projektgruppen, men kan også findes på MedComs hjemmeside: <https://www.medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/kommunikation-med-kommunal-pleje/kommunikation-mellem-kommunale-akutfunktioner-og-almen-praksis>.

Af rapporten er der fremkommet en række ønsker og forbedringsmuligheder – både organisatoriske som tekniske, og det er primært de tekniske områder, MedCom beskæftiger sig med.

Bl.a. er MedCom i gang med at udarbejde en ny/udvidet korrespondancemeddelelse, hvor det bl.a. bliver muligt at vedhæfte bilag. I den forbindelse tager MedCom de input med til korrespondancemeddelelsen, som kom frem i rapporten.

Der har været holdt møde med Sundhedsjournal 3.0-projektet, som er interesseret i at give adgang til kommunernes akutfunktioner. Sundhedsjournal 3.0-projektet vil derfor gerne vide, hvilke behov de kommunale akutfunktioner har ift. adgang til data (drøftes senere på mødet i dag), og hvilke kommunale data der kan leveres. Herudover er MedCom ved at undersøge behovet/muligheden for, at kommunerne kunne bruge MedComs standard for laboratoriesvar ved kommunikation af prøvesvar til sygehuset/egen læge, således at disse data udveksles struktureret.

### 3. Akut virtuelt sygebesøg

*Region Sjælland har som en del af strategien, Region Sjælland på forkant, 2018-2021, oprettet enheden e-hospitalet. E-hospitalets opgave er at styrke borgerens digitale rejse i sundhedsvæsenet med nærhed og sammenhæng på tværs af sygehus, psykiatri, kommune og almen praksis.*

*E-hospitalet har sammen med Guldborgsund Kommune og Sakskøbing Lægehus igangsat et pilotprojekt, hvor de afprøver akut virtuelt sygebesøg i borgerens hjem. Sygeplejerske Ditte Knudsen fra Sakskøbing Lægehus*

og programleder Helle Sztuk fra Region Sjælland kommer og fortæller om projektet og deres foreløbige erfaringer, som bl.a. er:

- *Direkte adgang til specialiseret kompetencer i lægehuset for sygeplejerske i kommunen*
- *Hurtig opstart og justering i behandlingsindsatsen*
- *Effektiv arbejdsgang og bedre anvendelse af faglige ressourcer på tværs af sektorer*

Informativt og spændende indlæg. E-hospital-implementeringsmodel indeholder grundige fælles arbejdsbeskrivelser, som beskriver, hvad det er, der præcist skal samarbejdes omkring. Efter videomøde sender lægen en MedCom-korrespondance til kommunen.

Det er synligt i telefondisplay i lægehuset, når kommunen ringer om telemedicin, og lægehuset prioriterer disse "samtaler" foran andet. Der er indført et 3. hemmeligt nummer, som kun må anvendes af hjemmesygeplejen. Ventetid for de dårlige patienter reduceres. Behandlingsplan sættes hurtigt i værk. Ved hjemmebesøg kan det tage mellem 2-18 timer, inden behandlingsplan sættes i værk.

Opmærksomhed på, om Wifi internt i lægehuset dækker i alle rum. Hjemmeplejen har fået større tablets = større skærm. For at komme i gang vil der også blive åbnet for andet end akutopgaver, fx udslæt, sår, svamp og alment dårlige (fx forstoppelse med tæt opfølgning). Hjemmesygeplejersken evaluerer ofte, da ingen borgere må opleve dårligere behandling. Centersygeplejerske på plejehjem spørger borgerne, hvad de synes om konsultationen. Løsningen fungerede også hos demente, som ofte er o.k. med at have lægen på fjernsyn. Der er nu 5 plejehjem tilkoblet, herunder aflastningspladser, og alle udekørende hjemmesygeplejersker er med i projektet. Workflow tilpasset, så hjemmesygeplejersken ikke skal opleve længere ventetid. Vil gerne udvide til unge samt koble pårørende på. Oplagt at udvide til kronikerområdet (forhøjet BT, KOL og diabetes). Man vil også gerne holde tværfaglige konferencer med sygehusspecialister. Nogle kontroller eller prøvesvar kan evt. følges op via video. Giver godt overblik, at man kan se borger fremfor telefonopkald. I hjemmeplejen har de kørelister og sjældent tid til opkald. Den kommunale ledelse bakker op ved at give plads/tage besøg af for at give plads til videokonferencer.

Fælles indikatorudvikling, hvor kommunalt personale evaluerer på 1. dag og 3. dag. Pilottest via spørgeskema + notat i borgerjournal. Arbejdsgangen er den samme som før, men metoden/mediet er nyt. Der anvendes også indikatorer i lægehuset. Det er altid lægens faglige vurdering, som er bærende. Der har været en praktisk oplevelse med brugen af podninger på en kommunes sårklinik, hvor det blev tydeligt, at alle detaljer skal være klar ved opgaveoverdragelse. Der er fx behov for korrekte køleskabe til podninger, og der skal allokeres ressourcer til disse detaljer.

Normalt sygebesøg tager 50-60 min., og video tager 10-15 min. Kommunens sygeplejersker er uddannet ens i Guldborgsund Kommune, og akutenheden er ikke en særskilt enhed. Aktuelt kun ét lægehus med. Der spørges til, om der er tal på, hvor mange videokonferencer, som kunne være håndteret via telefon, og hvor mange der er endt med et hjemmebesøg alligevel, samt hver der vurderer, hvornår der skal spares sygebesøg. Det vurderes af sekretæren. Ift. hvor mange der bliver besøgt alligevel efter video, er det 2-3 ud af 20 videokonferencer. Der er gennemført 20 videokonferencer siden maj måned 2019. Normalt har lægen ca. 5 sygebesøg om dagen i vinterperioden. Hvad med alle de borgere, som ikke har kontakt med kommunen og bliver indlagt. Lægehuset overvejer at tage disse med i afprøvningen.

Det personlige samarbejde i lægehuset kan være afgørende for, hvilken løsningsmodel man skal anvende. Hvis man bliver enige om, at man gerne vil prøve dette af, så er man også dedikeret til at løse opgaven og lave kvalitetsmæssige arbejdsgangsbeskrivelser.

Flere praksislæger og kommunale læger finder metoden interessant. Der kommer sikkert også borgerpres på videokonsultationer. Mange erfaringer på verdensplan. Måske største hurdle, at regionerne skal acceptere overenskomst.

E-hospital er et projekt, og finansiering sker via projektet. Pilottest opleves som en god løsning. Praksislæge sidder aktuelt med særskilt iPad, men videokonferencen kunne sagtens være på arbejds-PC'en. Lægen ønsker at have adgang til EPJ samtidig. Teknikken er ikke så dyr som forventet. Understøtter det nære sundhedsvæsen. Kan også bruges til kompetenceudvikling og komplekse patienter, hvor pårørende kan involveres. MedCom har aktuelt et projekt med videokonference mellem borgeren og den praktiserende læge. Der er en evalueringsrapport på vej. Der anvendes ofte Min Læge-app eller via PC.

Se i øvrigt præsentation.

#### 4. **Struktureret data/kommunikation mellem kommunale akutfunktioner og læger**

*Vi vil gerne have en drøftelse om, hvorledes vi bedst understøtter mere struktureret udveksling af data mellem kommunale akutfunktioner og læger, bl.a. via laboratoriesvar fra akutfunktioner til praktiserende læger samt ved at give akutfunktionen adgang til relevante data.*

*MedCom giver en status på hvilke prøver/målinger, der anvendes i de kommunale akutfunktioner (analyserepertoire), samt status for kvalitetssikring af udstyr.*

*Vi ønsker en drøftelse på mødet ud fra nedenstående punkter:*

##### a. Laboratoriesvar fra kommunale akutfunktioner til praktiserende læger

MedCom har en standard for laboratoriesvar "Det gode XML KKA/KIA laboratoriesvar", som vi tænker, man kan benytte til udveksling af strukturerede data (prøvesvar) til almen praksis.

Det er beskrevet i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard, hvilke prøver en akutfunktion skal kunne tage. Vi har ligeledes fået en række svar fra de kommunale akutfunktioner om, hvilke prøver de tager derude. Der er lidt forskelligheder i de indkomne svar fra akutfunktionerne, fx er der nogle, som også tager venøse blodprøver, men overordnet set så understøtter alle Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder.

Der skal selvfølgelig skelnes mellem, om kommunen kun er prøvetager, eller om de også er dem, der analyserer prøven.

Vi har også spurgt akutfunktionerne om deres kvalitetskontrol af måleudstyr og målemetoder. I Sundhedsstyrelsens standard for akutfunktioner er der ingen beskrivelse af konkrete kvalitetskrav til målemetoder og udstyr. I forhold til de praktiserende læger er der indgået en aftale mellem regioner og PLO i 2010 vedr. kvalitetssikring og kvalitetskrav til laboratoriemedicinske aktiviteter i almen praksis. Link til konkret indhold:

[https://www.laeger.dk/sites/default/files/kvalitetssikring\\_og\\_kvalitetskrav\\_til\\_laboratoriemedicinske\\_aktiviteter\\_i\\_almen\\_praksis\\_2010.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/kvalitetssikring_og_kvalitetskrav_til_laboratoriemedicinske_aktiviteter_i_almen_praksis_2010.pdf)

Alle svar fra akutfunktionerne viser fokus på kvalitet og kvalitetssikring. I Region Midtjylland og Region Syddanmark foreligger der en samarbejdsaftale omkring krydskontrol. Aftalerne med kommunerne har taget udgangspunkt i LKO-ordningerne (laboratoriekonsulent-ordningen)

##### i. Ser I en værdi for jeres arbejdsgange (både akutfunktioner og praktiserende læger) ved at få implementeret struktureret udveksling af laboratoriesvar?

Peter synes, at det er et rigtig godt initiativ, men at man skal holde sig for øje, at lægen kun skal have de svar ind, som han/hun selv har bedt om.

Niels bemærker, at de ude i kommunerne har alt for lidt fokus på kvalitetssikring. Måler apparatet fx det rigtige CRP, hvis det er minus 10 grader? Kathrine fortæller, at de i Aalborg Kommune kører et projekt omkring kvaliteten af de apparater, de bruger i akutfunktionen.

Nina fortæller, at det netop er derfor, at de har lavet en samarbejdsaftale, hvor de kører samme kvalitetssikring som de praktiserende læger vha. WebQuality.

I forhold til kun at sende svar på de prøver, som egen læge har bedt om, mener Nina, at man bliver nødt til at lave nogle klare aftaler, for det er et stort ansvar for en hjemmesygeplejerske, hvis hun ikke må sende et svar på et skævt kalium, som deres apparat har målt, selv om lægen ikke har bedt om det.

Anne-Marie påpeger, at de ikke tester deres udstyr, og leverandøren af deres udstyr har ikke testet udstyret i forhold til minusgrader, rysteture i bilen m.m.

Kristina synes, det lyder som en rigtig god idé med laboratoriesvarstandarder.

Kathrine synes helt klart, at vi skal gå efter en løsning, hvor måleresultaterne overføres automatisk fra apparaterne og overføres struktureret til andre parter.

Joachim synes, det er 2 forskellige diskussioner, vi blander sammen. I dag får lægerne jo også resultater – blot ustruktureret, og de stoler på resultaterne fra akutfunktionen. Hvis lægen pludselig får dem struktureret, ændrer det så det hele? Kvaliteten af data bør være lige så vigtigt, uanset om man snakker ustruktureret eller struktureret. Der er flere, som er enige og påpeger, at det ikke bør være nødvendigt at diskutere kvaliteten af data, da data allerede udveksles i dag – blot ikke struktureret.

Hvis man sender laboratoriesvar via MedComs standard, vil svarene lande i lægens

laboratorieskema, og lægen kan tydeligt se, hvor prøven er taget via kildeangivelse (som er en del af laboratoriesvarstandarden) – altså i hjemmeplejen.

- ii. Hvordan passer struktureret afsendelse af laboratoriesvar, via en fast defineret standard i jeres EOJ-system, ind i jeres arbejdsgange?
- iii. Ser I nødvendige ændringer i jeres EOJ-system, som skal adresseres, før laboratoriesvarstandarden kan implementeres? Fx måden at dokumentere data på i EOJ-systemet i dag i forhold til at kunne håndtere struktureret data som laboratoriesvar?

Med udgangspunkt i ovennævnte 3 spørgsmål bliver deltagerne inddelt i 4 grupper, hvor de diskuterer implementering af en standard til laboratoriesvar – fordele og ulemper ved at implementere den og fordele og ulemper ved at lade være. Deltagerne bliver herefter bedt om at skrive post-its og sætte dem på 3 forskellige plancher: "Skat" (det vil vi have), "Undersøg" (det kræver nærmere undersøgelse) eller "Skrald" (det kan vi ikke bruge).

Korte input fra nogle af deltagere efterfølgende:

- Joachim: Hvordan får lægen besked om, at der ligger nogle laboratoriesvar fra kommunen? Som det er nu, kommer laboratoriesvar bare ind i indbakken, hvor der ligger rigtig mange laboratoriesvar.
- Andre nævner risiko for dobbeltdokumentation. Det vil kræve merarbejde.
- Anne-Marie nævner, at man ikke kan se en gevinst for akutfunktionen i at benytte en laboratoriesvarstandard.
- Bo synes ikke, det er nødvendigt at få laboratoriesvaret ind struktureret, da det er et øjebliksbillede og egentlig ikke noget, han har brug for om ½ år, men går helt klart ind for, at måleudstyret leverer resultatet til EOJ, så sygeplejersken ikke skal sidde og skrive det manuelt. Ligeledes efterspørger han noget kvalitet/bedre struktur i de korrespondancemeddelelser, der bliver skrevet.
- Peter er meget uenig med Bo. Nogle gange følger man værdier over flere dage, og det vil give et meget bedre overblik, hvis de lægger sig ind i et laboratorieskema struktureret.
- Nina er fortaler for noget mere systematik i kommunen. Det giver et bedre overblik over årsag – virkning, og det er noget, som kommunerne måske ikke er så gode til i dag.

MedCom samler op på input på de placerede post-its.

- b. Akutfunktionens adgang til relevante data (så som sygdomshistorik, labsvar og diagnoser)  
MedCom har fået nogle slides fra Region Nordjylland ift. Sundhedsjournalen, som Jeanette hurtigt går igennem for at give et overblik over, hvad man kan få adgang til via sundhedsjournalen. Som det er nu, har kommuner ikke adgang til Sundhedsjournalen, men i forbindelse med Sundhedsjournal 3.0 arbejder man på at give kommuner adgang og tilsvarende også få kommunale data ind i sundhedsjournalen. I første omgang kigger man på misbrugsområdet og akutområdet i forhold til adgang.
  - i. Kort intro til Sundhedsjournalen (kliniker-adgang)  
Man får adgang via en knap fra eget fagsystem. Herefter kommer man ind på en overbliksside (seneste nyt).  
Man kan klikke videre til journaler, som man enten kan få præsenteret som en række af forløb eller via en tidslinje.  
Man kan klikke på laboratoriesvar, hvor man bliver præsenteret for et laboratorieskema med svar på alle de prøver, der er analyseret i et laboratorium (både bestilt fra lægepraksis og sygehus). Man får ikke adgang til laboratoriesvar målt i den praktiserende læges egen praksis.  
Man kan klikke på billedbeskrivelser, hvor man får adgang til røntgenbeskrivelser.  
Man kan klikke på hjemmemålinger, som stammer fra KIH-projektet (Klinisk Integreret Hjemmemonitorering).  
Man kan klikke på FMK, hvor man får adgang til medicinoplysninger og fx kan se, om der er flere udleveringer på en recept.

Man kan klikke på Vaccinationer, hvor man får overblik over vaccinationer.  
Man kan klikke på Aftaler, som er en del af Samlet Patientoverblik, som er på vej.  
Man kan klikke på Stamkort, som også er en del af Samlet Patientoverblik.  
Man kan klikke på Kontaktoplysninger, hvor man får borgerens oplysninger og egen læges oplysninger frem.  
Man kan klikke på Faglige links, hvor man får link til Lægehåndbogen, SOFT (sundheds- og forebyggelsestilbud) og Linkportalen.  
Man kan klikke på Driftsstatus, hvor man får aktuel status på de forskellige leverancer til sundhedsjournalen.

Jeanette præsenterer de forskellige leverancer i Sundhedsjournal 3.0, hvori den kommunale del ligger i 2020-2021.

Roller og rettigheder ift. adgang for kommuner bliver der også arbejdet med.

ii. Kort orientering om Samlet Patientoverblik

Dorthe fortæller, at der har været kørt pilotprojekt om Samlet Patientoverblik (indtil videre aftaler og stamkort) mellem Frederikshavn Kommune (DXC), Region Nordjylland og Midtjylland (Systematic), lægepraksis (A-Data og XMO) og sundhed.dk. Det skal nu udbredes på landsplan, ligesom der skal flere services med på sigt. MedCom skal i samarbejde med KL bistå med teknisk test og implementering samt informere kommunerne om, at aftaler og stamkort bliver tilgængelige. MedCom skal også i samarbejde med PLO løse samme opgaver indenfor praksislægeområdet.

Niels bemærker, at det er man meget interesseret i ude i kommunerne. Stamdata kender de nok, men aftaler ville være en stor gevinst.

iii. Hvilke specifikke data har I brug for adgang til?

Sundhedsjournal 3.0 er meget interesseret i at høre fra kommunerne, hvilke data de har brug for.

Drøftes kort i 4 grupper.

Tilbagemeldinger i plenum:

- Niels: Kroniske diagnoser, kroniske basalværdier, aftaler, sidste indlæggelse, nyeste blodprøver.
- Kathrine: Relevante data, men ikke en skov af støj, hvor man måske ikke finder det vigtige.
- Bo: Laboratoriedata, DDV, aftaler.
- Behandlingsansvar.
- Michael: Er bange for, at kommunerne bliver spammet. Kunne foreslå faneblade. Der er mange data fra lægepraksis, som ikke ville være interessant for andre. Det samme gælder kommunen.
- Anne-Marie: En fane for de forskellige faggrupper. Hvor mange gange borgeren får besøg fra kommunen i døgnet, hvor mange gange borgeren har været faldet indenfor den sidste måned m.m. – det ville da være værdifuld viden for lægen i akutmodtagelsen.
- Joachim: Patientoverblik og patienter, der fx aktuelt er indlagt på et sygehus eller knyttet til akutfunktionen i kommunen m.m. En form for "Patientens status".
- Bo: Helt enig med Joachim.

**5. Status bordet rundt: kommunale akutfunktioner og læger**

*Vi tager en status bordet rundt, hvor vi vil bede jer fokusere på følgende:*

*Kort opsummering af akutfunktionens organisering.*

*Erfaringer siden sidst?*

*Status på samarbejdet mellem akutfunktionen og hhv. praktiserende læge og sygehus?*

Vi nåede ikke dette punkt.

## 6. Eventuelt

MedCom samler alle de input sammen, som vi har fået i dag. Muligvis skriver vi til jer for at få uddybet nogle af jeres input.

I kommissoriet har vi lagt op til 2 årlige møder, og det tænker vi at holde fast ved. Vi forestiller os et møde april/maj 2020 og et igen til efteråret 2020. MedCom sender nogle kalenderreservationer ud til de 2 møder.

Tom fortæller, at man i PLO-regi er ved at kigge på et diagnosekort.

Det nævnes, at der kommer en rapport fra Carve, i forbindelse med Sundhedsdataprogrammet, med en analyse af hjemmeplejens behov for diagnoser. MedCom afventer resultaterne i denne rapport som input til det tidligere punkt vedr. Sundhedsjournal 3.0.

Til orientering:

- link til anden Carve Rapport om dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner:

<https://www.kl.dk/media/20848/dataunderstoettelse-af-kommunale-akutfunktioner.pdf>