



## MØDEREFERAT

Forskerparken 10  
DK-5230 Odense M

Telefon: +45 6543 2030  
Mobilnummer 23422256  
E-Mail: ghe@medcom.dk  
www.medcom.dk

### Referat fra 2. møde om forbedring af henvisninger til sygehusbehandling

Dato 09.09.2020  
Vor ref. GHE

Tidspunkt: 9. september 2020 kl. 10.00 – 15.30

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

Sted: videomøde

### Deltagere:

Navn		
Charlotte Vangsgaard	RH	CIMTs Sektion for integrationsudvikling
Conni Christiansen	RH	Chefkonsulent, Center for Sundhed
<del>Charlotte Ipsen</del>	<del>RH</del>	<del>CIMTs Sektion for Integrationsudvikling- Afbud</del>
Anne Hune Gjerrild	RS	Funktionschef, visitationsenheden
Jesper Siebert Tolonen	RS	Konsulent, Koncern IT
Susanne Pedersen	RSD	Syddansk Sundhedsinnovation
Linda Kromann	RSD	EPJ-konsulent
Henrik Hermind	RM	IT Teknisk specialist
Tina Holgaard	RM	IT Sundhedsfaglig specialist
Stinne Klitgaard Nielsen	RN	IT Konsulent
<del>Annemarie Gammelgaard Frandsen</del>	<del>RN</del>	<del>IT Konsulent- Afbud</del>
Erik Holk	PLO/RSD	Praktiserende læge, praksiskoordinator
Bjørn Perrild	PLO/RH	Praktiserende læge, praksiskoordinator
<del>Morten Ohrt</del>	<del>PLO/RN</del>	<del>Praktiserende læge, praksiskoordinator- Afbud</del>
Claus Noringriis	PLO/RSD	Praktiserende læge, praksiskonsulent Sygehus Lillebælt
Paul Samsig	A-Data	LPS, udvikler
Niels Henrik Nielsen	FAPS	Praktiserende speciallæge
Katrine Willumsen	Novax	Konsulent, privathospitaler og speciallæger
Alice Kristensen	MedCom	Projektleder
Tom Sørensen	MedCom	Programleder
Michael Johansen	MedCom	Teamleder standardteam

Navn		
Rune Kristensen	MedCom	Konsulent, standardteam
Anne Kathrine Langfeldt Leksø	MedCom	Konsulent, praksis-lab team
Gitte Henriksen (referent)	MedCom	Projektmedarbejder

## Referat:

### 1. Velkomst og præsentationsrunde

Alice bød velkommen. Pga. Coronasituationen i Odense, så har vi lavet dette møde om til et videomøde. Herefter var der en kort præsentationsrunde.

### 2. Eventuelle kommentarer til referat fra 1. møde

Ingen kommentarer til referatet.

### 3. Gennemgang og godkendelse af dagsorden

Alice gennemgik kort dagsordenen,

Michael starter med gennemgang af standarderne, da det var et punkt vi ikke nåede ved første møde.

I har fået tilsendt et flowdiagram, som vi har udarbejdet og som Trine gennemgår.

Herefter kommer Dorthe på med gennemgang af korrespondancemeddelelsen.

I har også fået et ideoplæg sendt med ud, som bliver gennemgået især tidsplanen.

Herefter slutter vi af med gennemgang af næste skridt.

Der var ikke nogen bemærkninger til dagsordenen.

Alice opridsede kort hvad formålet med projektet er og hvilke opgaver projektgruppen har.

Vi skal afrapportere til styregruppen for programmet Digital Almen Praksis, og afrapporterer i kopi til MedComs styregruppe.

### 4. Kort gennemgang af MedCom standarder, som bruges ifm. henvisning og visitation. Hvad bruges de enkelte meddelelser til og hvordan må de bruges?

Kvalitet i brugen af MedComs standarder: se slides

Anvendelse af MedComs standarder

- Hvad må man benytte en standard til?

Man skal holde sig til det formål standarden er lavet til, som f.eks. send ikke tarmkræftscreenings lab.svar i en korrespondance.

Ønske om at sende en epikrise er det når pt. udebliver eller ikke ønsker en ny tid og når man afslutter et forløb? Alle henvisninger bør teoretisk afsluttes med en epikrise.

Godkendte systemer

- Køb ikke andre typer systemer end det man har behov for, f.eks. anskaf ikke et speciallægesystem til brug på et privathospital, da hver systemtype har sine behov for indgående/udgående standarder.

- Overblik over manglende godkendelser og hvordan sikres det, at man kun anskaffer sig et godkendt system. Hvordan sikres det, at ikke godkendte standarder bliver godkendt.
- Udfordring med systemer som idriftsætter trods manglende certificering og med kendte fejl i systemet, som ikke bliver rettet.
- Michael gennemgik kort henvisningsstandarden. Se slide.
- Ved modt. af sygehushenv. må henv. ikke videresendes som billeddiagnostisk henv. eller spec.lægehenv.
- Der er forskellige henvisningstyper pga. forskellige krav til oplysninger som skal gives, f.eks. ekstra oplysninger i en billeddiagnostisk henv.
- Hvornår afsluttes en henvisning med en epikrise? Se ovenfor.

#### Forsendelsesflow:

Vi vil gerne have nogle generiske flow, så man får det samme flow i kommunerne som på sygehusene, fx ved videresendelse.

Der er 3 punkter som går på tværs af standarderne, bl.a. SOR-adressering, henvisningspakker og kvitteringer.

#### Forsendelsesflow – henvisninger

Henvisninger sendes evt. via henvisningshotel

- Billeddiagnostisk henv. sendes i dag udenom.

Vi snakker om røde tråde som kan knytte forløb sammen bl.a. via henvisers forløbs-ID og så er der LPR3 forløbs-ID, der påføres ved modt. på hospital og ved viderevisitering.

Udfordring med, at samme LPR3 forløb kan favne flere henv., så udfordring med hvilket henvisers forløbsID er det rette at anvende, når der skal sendes epikriser.

Projektet favner ikke samtlige henvisningstyper (konceptet er dog delvist generisk).

Der kan være rigtig mange henvisninger, som knyttes til et forløb, hvor der kan være mange kontakter.

Man er lidt usikker på om det har nogen teknisk eller klinisk betydning, at de billeddiagnostiske henvisninger ikke kommer fra Henvisningshotellet.

Det har betydning for borgerne, som ikke kan se deres billeddiagnostiske henvisninger på sundhed.dk

#### Forsendelsesflow – viderevisitering

Henvisningen videresendes inkl. visitationsoplysninger

- Oprindelig henviser
- Oprindelig henvisningsdato (typisk sættes det til modtagelsestidspunkt)
- Visitationsoplysninger er nok det, som er den største forskel.
- Der skal sendes mindst et bookingsvar pr. organisation
- Der sendes korrespondancemedd. til at stille spørgsmål og afklaringer. Man skal selvfølgelig ikke sende en epikrise som en korrespondance.
- Man kan videresende til andet hospital/privathosp./speciallægeklinik der har aftale med regionen.

- Der er mulighed for at afvise en viderevisiteret henv. ved at videresende den retur til afsender med en afvisning.
- Man må i dag ikke sende henv. retur til oprindelig henviser. Man kunne tænke det ind i et fremtidigt scenarie, hvor man sender henv. retur og beder om yderligere oplysninger og så genfremsender henv. igen.

Scenariet skal gennemtænkes meget ifølge Region Sjælland. Det er vigtigt, at man ikke returnerer en henv. for at få yderligere oplysninger. Det kan forsinke arbejdsgangen. Vi skal have fokus på ikke at afvise dem, når de kommer ind, men i stedet fokus på at få en fyldestgørende henvisning ind fra lægen.

Det er sådan i dag, at man ikke må sende en henv. tilbage til lægen, man skal bruge andre meddelelsetyper til at få de manglende oplysninger.

Erik vil gerne, at man sender henvisningen videre til rette afd. af hensyn til patienten.

Det er teknisk muligt at afvise henvisningen i dag for at få yderligere oplysninger.

Hvordan det foregår, er man lidt usikker på. Man sender ikke henvisningen retur, men det er rigtigt at man bruger terminologien afvisning.

Bjørn nævner, at det er planlagt i Reg. Hovedstaden at lave en audit på afvisninger.

Tina kan sætte status på henvisningen "er afvist", men henvisningen returneres ikke. Man kan ikke bare sætte afvist på henvisningen uden at gøre noget aktivt fra afdelingen.

Forsendelsesflow – bookingsvar

- Vi har oplevet uheldige flow med bookingsvar fra røntgen, hvor der kan sendes rigtig mange. Man bør sende når pt. får en tid. Man bør ikke sende for hver detailbooking.
- Standarden tjekkes for, om der allerede findes mulighed for at tilknytte henvisers forløbs-ID
- Bør der ikke være mulighed for evt. LPR3 forløbs-ID?

Hvorfor står der bør i stedet for skal omkring at sende et bookingsvar, speciallægerne vil rigtig gerne have disse bookingsvar for at kunne følge med i hvor pt. er?

Forsendelsesflow – korrespondancemedd.

- Sendes ved spørgsmål og afklaringer
- Indhentning af supplerende oplysninger fra oprindelige henviser
- Spørgsmål fra speciallægevisitator, der fordeler henvisning til andre speciallægeklinikker, der f.eks. hjælper under COVID19.
- Man bør tilknytte henvisers forløbs-ID
- Der sendes også korrespondancemedd. om meget andet. Forløbs-ID bør også sættes på i disse tilfælde.

Behov for en korrespondancemedd. som ikke er knyttet til en specifik patient (adm.

Korrespondance, DIS90). Den findes i standardkataloget.

OUH har sammen med praksiskonsulentordningen lavet en instruks omkring, hvornår og hvor man må bruge en korrespondancemedd. Erik vil gerne sende instruksen, hvis det har interesse. Vi vil gerne have denne instruks.

Forsendelseflow – epikrise

- Epikriser sendes af læger

- Sendes når patientener færdigbeh.
- Man skal tilknytte henvisers forløbs-ID fra henvisningen.

#### Forsendelsesflow – SOR adressering

- Systemer bør anvende SOR
- Angivelse af hvilke standard organisationen kan modtage
- Udfordring, at der i dag ikke er angivelse af standardernes version, der er kun mulighed for at angive gældende version i SOR.
- Kvalitet i forsendelsesflow bør også være, at man opdaterer SOR nogenlunde ensartet for alle systemer.
- Leverandører skal justere i SOR-EDI.
- Noget af støjen går på, når klinikker lukker og som så ikke lige er opdateret i alle systemer, så der er 5.000 negative kvitteringer pr. md. af den grund.
- Ansvar ligger hos lægesystemleverandøren for at opdatere hvad deres system kan og opdatere hos deres kunder.

#### Forsendelsesflow – henvisningspakker

- Pakketabel er kun implementeret i lægepraksis
  - Automatisk ibrugtagning af nye pakker
- Se slide

#### Forsendelsesflow – kvitteringer

- Henvisninger og genoptræningsplan kræver obligatorisk positiv kvittering
  - Obligatorisk negativ kvittering:
    - Når medd. er defekt og ikke kan modtages
    - Må ikke sendes hvis henvisningen ikke kan effektueres
    - VANS sender når adressering med EAN-lok.nummer fejler
    - Kvitteringer sendes altid retur til det EAN-lok.nummer medd. kom fra
    - Andre meddelelsetyper sendes aldrig direkte retur til det EAN-lok.nummer medd. kom fra
- Se slide

### 5. Gennemgang og drøftelse af flow-diagram

- Fokus på henvisnings ID i flowet

Trine indledte med, at vi har forsøgt at lave et flowdiagram med fokus på Sundhedsstyrelsen anbefalinger. Her har vi forsøgt at indbygge anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen i flowet, det er det, som står med grønt i kasserne.

Vi har også forsøgt at indarbejde de oplysninger, som vi fik fra jer på første møde.

Trine gennemgik flowdiagrammet omkring udfyldelse af henvisning. Se slide.

Udfyldelse af henvisningsfelter

Obligatorisk udfyldelse af henvisningsdiagnoser kan også drøftes i denne gruppe.

Det nye er, at SUM anbefaler at medsende direkte (bagom) telefonnummer på lægen. LPS er blevet testet på dette, og standarden indeholder allerede tlf.nr. for afsender af henvisningen.

Der kan også vedhæftes filer til henvisningen, mangler i oversigten.

Det er ikke alle regioner som kan videresende filer ved viderehenvisning.

Referencetype skal være udfyldt med henvisningstype, men hvis vi så selv sender den et andet sted hen, hvad så.

Direkte telefonnummer til henviser eller klinikken eller måske bruge korrespondancen for at få kontakt til lægen. Det vil hjælpe, hvis det står, hvornår man kan få kontakt til klinikken.

Der skal lidt flere ord på kassen omkring, hvad man kan forvente og hvornår, bl.a. tidsrum man tager telefonen.

Man har ikke nødvendigvis et bagomnummer, men nummeret må heller ikke vises.

Forslag om direkte telefonnummer til sekretæren i stedet for lægen.

Diagnoser omkring ICD10, hvor ICPC2 diagnoser konverteres til ICD10.

I Region Nordjylland og Region Syddanmark sættes der en diagnosekode på, selvom der er indsendt en fri tekst, for at de kan arbejde videre med den.

Anvendelse af korrespondance beror på lokale aftaler, nævner Tom.

Det vi efterspørger er, at få koblet henvisning og korrespondance sammen ved hjælp af henvisnings-ID, der er unik pr. henvisning.

Gennemgang af Visiteringsflow:

Ønske fra Sundhedsstyrelsen at korrespondancemedd. indeholder mulighed for at markere høj prioritet, så derfor er den kommet på med en grøn kasse.

Henvisnings-ID tilføjes i korrespondancemedd., så modtager ved hvilken henvisning det drejer sig om.

Omkring kvitteringer: der er en udfordring med, at lægerne ikke altid ser de negative kvitteringer ifølge Jesper. Er det tilstrækkeligt tydeligt for lægerne?

Vi har et certificeringskrav om, at det skal være tydeligt for brugerne, at medd. er blevet negativt kvitteret. Vi sikrer, at de kan vise det, men der er jo forskellige systemer og de har løst det mere eller mindre elegant. Vi hører gerne om de systemer og tager gerne fat i dem igen omkring fornyet test.

Korrespondancemedd. med høj prioritet bliver måske ikke set indenfor gældende frist ved forfald. Vi giver nogle værktøjer til at gøre det lettere.

Man skal have tilknytningen mellem henv. og korrespondance og det skal gøres nemt og synligt at se og betjene, så man kan agere på dette.

Vi vil gerne forfølge at det bliver tydeligere i de enkelte lægesystemer.

Rød, gul, grøn og hvid markering på epikriserne er landsdækkende og der bliver evalueret på dette.

Der er ikke nogen automatik i forhold til ferie-fridage.

Paul: alle LPS-er kan vise kvitteringer. Det var i virkeligheden bedre, at der har været et certificeringskrav, at når man viser en henvisning, så kan man også se tilhørende epikriser og kvitteringer. Alle burde kunne det. Alle LPS systemer er certificeret til at kunne dette.

Tina: vi kan ikke lave lokalaftaler men i stedet for landsdækkende aftaler omkring f.eks. prioritet på korrespondancemedd., da mange regioner har lands-/landsdelsdækning.

Dette gælder også for f.eks. feriefri dag, hvor sygehusene ikke har tid til at slå alle læger op om de har ferie, og derved se, hvem der så skal have epikrisen.

Tom er helt enig, vi skal nok tage det med videre og ovenstående er også med i overenskomstforhandlingerne.

Bookingsvar til henviser:

Antal af bookingsvar skal aftales.

Udredningsretten: hvis det er en udredningspatient, så tikker uret, når man modtager henvisningen i systemet. Hvis henvisningen mangler oplysningerne, tæller uret så først igen, når man har fået de oplysninger tilbage, som man har brug for?

Omkring hvem der har ansvaret og hvornår tiden tæller og omkring ansvaret for patienten først. Der må ligge en vejledning omkring dette i Styrelsen for Patientsikkerhed. MedCom eftersøger dette dokument og følger op på problematikken. Resultatet af denne eftersøgning fremgår herunder:

I [bekendtgørelsen nr. 584](#) af 28. april 2015 om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme står der gentagne gange, at taxameteret begynder at tælle for ventetid ved modtagelse af henvisning. Der står intet om muligheden for at afvise ufuldstændige henvisninger.

I den tilhørende [vejledning nr. 9259](#) står der: "Ved modtagelse af henvisning vil sygehuset foretage en lægelig visitation med udgangspunkt i oplysninger, der fremgår af henvisningen. Hvis det efter lægelig visitation vurderes, at henvisningens oplysninger er ufuldstændige i forhold til korrekt visitation, eller det vurderes, at der skal henvises til andet sygehus eller afdeling, skal henvisningen uden unødigt forsinkelse, og sædvanligvis førstkommande hverdag efter modtagelse af henvisning, returneres til henvisende læge eller videresendes til relevant afdeling."

Det står stadig ikke helt specifikt, at nedtælling til maks. ventetid først begynder, når ny og fuldstændig henvisning er modtaget.

I selve [notatet fra Sundhedsstyrelsen](#), som er grundlaget for projektoplægget for nærværende projekt står der: "Det følger heraf, at sygehuset ikke kan afvise at vurdere en gyldig henvisning, men at sygehuset efter sundhedsfaglig vurdering (visitation) kan tilbagehenvise patienten og dermed fastholde behandlingsansvar hos henvisende læge eller tandlæge. En sådan tilbagehenvision vil selvfølgelig kunne påklages, både fsva. den visiterende læges konkrete skøn og ift. sygehusets generelle lovpligtige ansvar for at yde vederlagsfri sygehusbehandling til personer med bopæl i regionen."

I notatet defineres det ikke, hvad der forstås ved en "gyldig henvisning". Teksten kan dog tolkes således, at man kan "tilbagehenvise" på baggrund af en "ugyldig" henvisning.

Til standarden: I bookingsvaret efterspørges mere plads til at skrive fritekst i.

Der er heller ikke plads til at sætte flere aftaler på.

Der efterlyses aftale om, hvornår og hvor mange bookingsvar der må sendes.

Paul: Aftaledelingsprojekt er i gang. Man vil via dette system kunne se hvilke aftaler patienten har. Man kunne også se på dette, som er nært forestående.

Speciallægerne arbejder også på at komme med i dette projekt, så man på den måde kan se alle patientens aftaler.

Viderehenv. til privathospital, her vil originalafsender gerne have besked om, hvor henvisningen er havnet.

Der er stærk modstand mod ovenstående, og i hvert fald ift., at det skal være via en korrespondance. Nogle regioner mener, at de allerede i dag sender et bookingsvar omkring dette. Nogen regioner sender dog allerede en korrespondance til henviser i disse tilfælde. Vi er enige i, at man ikke skal pålægge afdelingerne yderligere arbejde i forhold til ovenstående. Det er en udfordring, og det er heller ikke alle steder, det vil være relevant. Det skal så vidt muligt ske automatisk.

Erik: Det er ikke støj for den praktiserende læge at modtage disse meddelelser. Det er et rimeligt og fornuftigt krav for at kunne følge pt.

Claus: Vi vil gerne have besked, når I har indkaldt patienten, også når de flyttes til et andet sygehus. Vi vil også gerne vide det, hvis der skiftes til en anden landsdel.

Der skal laves aftaler om, hvornår man sender hvad ved viderehenvisning, også teknisk. Det skal afklares, hvor mange mellemregninger man vil have med ved viderehenvisning.

Tilbagehenvisning:

Se ovenfor.

Booking:

Advarsel i afsendersystemet om, hvis der ikke er sket noget i f.eks. 5 dage efter afsendelse af henvisning?

Hvorfor er epikrisen med spørger Conni.

Vi overvejer den i den forbindelse, hvor man ikke modtager et bookingsvar, så vil der gå lang tid inden epikrisen kommer. Hvis man ikke hører noget indenfor 15 dage, så kan man kontakte henvisningsmodtager. Løsningen overvejes.

Det kan også være relevant for sygehusafdelinger at modtage bookingsvar, nævner Linda.

Ved ændring af dato for booking, sendes opdateret bookingsvar med nyt tidspunkt eller ny afd.

Besked til henviser hvis pt. frafalder bookningen og ikke møder op. Skal der så sendes en korrespondance eller et bookingsvar?

Afsendelse af epikriser. Nogen vil gerne have og nogen vil ikke. F.eks. hvis der er vikar på. Hvem har ønske om at modtage epikriser og hvem har ikke. Det er svært med et fælles regelsæt. Kan henviser indikere et sted i henvisningen, hvis man ikke ønsker epikrise? Nej.

Niels: Default er, at man modtager en epikrise, synes han. Det sjældne er nok, at man siger nej tak.

Claus: Det er ikke et stort problem, at man får tilsendt en epikrise.

Erik: I lægevagten er der et afkrydsningssystem. Epikrisen skal selvfølgelig sendes til den praksis, hvor vikaren er tilknyttet.



Der var en del kommentarer til, hvem der skal have epikriser, og om der er noget nyt i dette i forhold til hvordan det foregår i dag?

- Input og kommentarer fra gruppen  
Se ovenfor.

## 6. Gennemgang af ide-oplæg til DAP styregruppe

- Fokus på tidsplan

Det understreges, at det fremlagte er et udkast til et ide-oplæg – ikke en endelig projektbeskrivelse. Tidsplanen er også et udkast og der er ikke aftalt noget endnu. Opdateret udkast til tidsplan udarbejdes efter godkendelse af oplæg.

MedComs gennemgang af tidsplan: rolle med udarbejdelse af PID, tilretning af standarder testprotokol og dokumentation, frigivelse af materialer til leverandører.

Tidsplanen blev gennemgået for: se slide

Tina: Hvor mange standarder skal der rettes, skal den nye korrespondancestandard bruges og være klar inden? Den endelige tidsplan kan også afhænge af, hvornår man kan tage den nye korrespondancestandard i brug.

Vi ønsker ikke at stoppe processen for at vente på en ny standard. Så kan det være, at den skal tages i en fase 2.

Hvis vi siger, at vi ikke laver ændringer til standarderne, hvordan ser tidsplanen så ud?

Der vil være ændringer til bookingsvaret – sandsynligvis ikke selve standarden, men brugen af standarden.

Det er en præfase vi er i gang med nu. Vi fik i opdrag at nedsætte en teknisk arbejdsgruppe, men vi har bredt den lidt ud, så vi også har klinikere og organisatoriske folk med. Når vi har fået fremlagt ideoplægget i styregruppen og den tekniske løsning, så kan det blive til et projekt, som så kan arbejde videre med en løsning.

Susanne tror ikke det er realistisk indenfor 2 år. Det er ikke bare lige at få samarbejdsaftaler, sundhedsaftaler, arbejdsgange og undervisningsmateriale sat i værk.

Der er jyske regioner som står for evt. systemskift oveni denne tidsplan.

Hvad siger Sjælland og Hovedstaden? Region Sjælland kan ikke svare, da de ikke har en rep. med fra integrationsdelen. Men Jesper læner sig da op af det Tina og Susanne siger.

Hovedstaden har også svært ved at sige om tidsplanen holder.

Kan I slutte op om ideen og oplægget?

Hovedstaden synes det ser rigtigt ud og ser frem til det.

Tom nævner, at det helt sikkert ligger på tidsplanen som udfordring. Hvis I siger, at det er en god ide med dette flow, kan vi godt gå til styregruppen med dette, men I har bekymringer omkring tidsplanen.

I vil få lejlighed til at gennemse materialet, inden vi afleverer det til Styregruppen, så I kan få tid til at kommentere på det.

Vi skal have indarbejdet de kommentarer i projektoplægget som I er kommet med i dag. Og så skal der skrives noget mere omkring tidsplanen.

Conni mangler overblik over, hvad der skal ske med de forskellige standarder, så de har noget at vise deres bagland.

Gruppen skal have dokumentet omkring den 15.10. så de kan give en tilbagemelding senest den 21.10.

Man skal lige huske, at der også er papirhenvisninger, som kan starte et flow, og hvor der ikke er et UUID med. Det er selvfølgelig sjældent, men det forekommer.

Kommentarer fra LPS: Gerne et oplæg på mere præcist, hvad der skal udvikles og LPS er ikke dem, som er kendt for at være bagstræberiske.

Tom: Vi er glade for input fra jer og det gør nok, at vi ikke kommer langsommere i mål 😊

- Afgrænsning af Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Se ovenfor.

- Input og kommentarer fra gruppen

Se ovenfor.

I får et revideret udkast og revideret tidsplan udpenslet på de enkelte standarder til gennemsyn den 15.10. og til aflevering senest den 21.10. og som så behandles i styregruppen den 29.10.2020.

## 7. Kort gennemgang af proces for moderniseringssporet i MedCom ift.

### Korrespondancemeddelelse

Dorthe oplyste, at der er release af version 0.9 af FHIR-korrespondancemeddelelsesstandard den 28.09.2020. *Efter mødet har MedCom udsat release af version 0.9 til ultimo oktober, info om ny tidsplan samt workshops vil blive sendt ud.*

Nogen af jer kender materialet i forvejen, men for nogen af jer er det helt nyt. Så Dorthe fortalte kort omkring projektet, som ligger under Modernisering af MedCom kommunikation.

3 elementer:

- Governance og kvalitetsstyring af standardiseringsprocesser
- POC for ny infrastruktur med fokus på mulighed for datadeling
- Ibrugtagning af HL7 standarder og roadmap for udfasning af EDIFACT og OIOXML

Mål for ovenstående, se slide.

MedCom modernisering: se slide

1. Modernisering af MedCom governance
2. Modernisering af infrastruktur
3. Modernisering af standarder

2 nye standarder i HL7 FHIR som er udvidet korrespondance samt advis om sygehusophold.

Baggrund – korrespondancemeddelelsen

Det er blevet vedtaget, at der skal laves en ny version af korrespondancen. Der er nedsat en arbejdsgruppe i regi af MedComs koordinationsgruppe, hvor flere af jer er repræsenteret. Se slide.

Baggrund – hvorfor ny standard  
Imødekomme ønsker til og behov for forbedring  
Sortering på overskrifter  
Tekniske forbedringer af meddelelsen  
Mulighed for vedlæggelse af bilag  
Tydelig angivelse af afsender  
Se slide

Proces lige nu  
Se tidsplan på slide.

Tekniske workshops 2020  
Fælles proces med dansk koordinering omkring fælles SDS målbillede for meddelelseskommunikation.  
Samarbejdsaftaler omkring deltagelse i tekniske workshop i løbet 2020 med tilskud på 350.000 kr. og som omfatter de 2 nye FHIR meddelelser med bl.a. 4 LPS leverandører, 4 EOJ leverandører, 1 EPJ leverandør. Certificering og implementering endnu ikke fastlagt.  
Der afholdes 4 workshops med kick off i januar 2020 og pga. Corona er der afholdt 7 online møder i april-maj måned, til erstatning for workshop 2.  
Der er workshop med hands on den 28.10. og afsluttende Mini connectathon med teknisk test den 26.11.2020. Jvf. ovenstående oplyste forsinkelse af version 0.9, revideres indholdet for disse to datoer.  
Og endelig certificering i 2021.  
Se yderligere på slide.

Dokumentation:  
FHIR standarderne ligger på Simplifier.net. Se slide.

Ny standard:  
Dorthe gennemgik korrespondancestandarder omkring indhold og funktionalitet.  
Kategori skal vælges, emner kan vælges. Se oversigt over forslag til kategorier og emner  
Vi er endt ud i overordnede kategorier som er listet op her. Se slide.  
Der plejer at komme bemærkninger til "andet", som er grundigt diskuteret i gruppen. Man kunne blive enige om "andet", som det mest sigende.  
Forslag om at når man vælger "andet", så skal man kunne vælge ud fra en emneliste og hvis man ikke kan finde noget sigende der, så skulle man have lov til at vælge at skrive noget fritekst.  
Hvor meget er krav og hvor meget er anbefalinger for at få en god understøttelse?

Hvor meget skal man kunne i forhold til en korrespondance omkring:

Forsendelsesmuligheder: besvar, videresend

Vedlægning af bilag, der er indlejret i korrespondancemeddelelsen.

MedCom stiller en klassifikationsserver til rådighed.

Overgangsperiode:

Drøftet på de tekniske workshops, hvor man anbefaler en så kort periode som muligt. Det er de store aktører som kan gå forrest her, men der er jo også mindre aktører, som måske kunne tilbydes en portalløsning. Alternativet er mapning, der i givet fald ikke kan blive 1:1

Anbefaling om at gå med en løsning så dem der løber først også bliver belønnet for dette.

Se slide.

Afklaringer:

Bl.a. videresendelse, Dorthe går ind for at "keep it simple"

Se slide.

Så er der prioritet hvor nogen af jer har været med til at diskutere dette. Der er ikke national konsensus for hvordan og hvornår det skal bruges og der tolkes forskelligt på det.

Overgangsfase for hvordan det skal håndteres ved udfasning af edifact.

Det er en kompleks ting at få opdateret nationale klassifikationer, da der ligger noget governance bagved i systemerne, samt central styring.

Prioritet:

Drøftelse internt i MedCom.

Teknisk så skal oplysningen med, men så man som afsender kan vælge at bruge prioritet eller ikke.

Men det vil være godt hvis der kom en national konsensus omkring dette.

Så vi vil ikke teknisk begrænse standarden ved ikke at tage prioritet med.

Se slide.

Videre proces:

Aktuelt intern FHIR koordinering i MedCom

Sparring med arbejdsgruppe og på kommende workshops – væsentligt input fra henvisningsprojektet

Release ver. 0.9 den 28.9. (dato ændret)

Release ver. 1.0 i december 2020 (dato ændret)

Se i øvrigt slide.

Kommentarer:

Der var ikke rigtig nogen kommentarer fra gruppen.

Dorthe ved godt at det er komplekst.

Susanne: Prioritetsfeltet er valgt fra, fordi der er nogen som uhæmmet bare sætter høj prioritet på. Mener dog at det er relevant i projektet omkring henvisninger.

Regionalt vil de arbejde med, at de aftaler med kommunerne, hvilke filer man kan vedlægge og hvornår.

Tina: Bruger prioritet meget internt. De har ikke aftaler omkring hvordan det bruges, men de kan sætte prioritet på i deres korrespondance.

Paul: I indbakken kan man se både emnefelt samt prioritet i lægesystemerne.

Dette bekræfter Katrine.

Vi følger op på indbakkevisningen i forhold til LPS siger Trine. Der vil blive kigget efter i sømmene hos både afsender og modtager.

Charlotte: Hvad med henvisningens forløbs-ID? Det er for at kunne skabe den røde tråd, så man kan pege på den henvisning som det drejer sig om.

Dorthe: Der er flere ID-er med i de nye FHIR standarder, bl.a. henvisningens forløbs-ID, LPR3 forløbs-ID o.a.

Bjørn: Markering af prioritet er ikke noget de bruger, da aftalen er, at man reagerer hurtigt på korrespondancer.

Oplægget fra os er jo fremtidsmusik for, hvordan vi kan tænke os det.

Michael: Tænk på noget smart som kan udvikles i fremtiden, så man kan få det vist på en smart måde og tænke nye muligheder.

Erik: Det kunne være en ide, at vi skelner mellem hvem vi kommunikerer med, så det er en differentiering af brugen afhængig af, hvem man skal kommunikere med.

Dette kan godt bygges ind i systemerne, siger Tom.

Det bliver brugt i dag, hvor nogle systemer har en default værdi til nogle parter, og man får mulighed for at vælge.

Vi taler selvfølgelig sammen her i MedCom, så vi er orienteret og ajourført mellem de forskellige projektgrupper.

## **8. Næste skridt og evt.**

Endeligt projektoplæg og teknisk løsningsbeskrivelse forelægges DAP Styregruppemøde den 29.10.2020

Forslag om gruppens næste møde enten den 18. eller 19. november 2020?

Det blev aftalt at holde mødet den 19. november. Send gerne stedfortræder, hvis man ikke selv har mulighed for at deltage.

Tak for i dag og I hører fra os.