

Dato: 21.04.10

Vor ref.: IJO

Referat fra 3. møde vedr. dialogbaseret henvisning

Dato: Onsdag den 18. november 2009

Sted: MedCom

Deltagere: Karin Hedegaard, Region Nordjylland
Hans Henrik Bøttger, Region Midtjylland
Tove Charlotte Nielsen, Region Syddanmark
Henrik Schroll, DAK-E
Jens Parker, PLO
Karina Pørtner, CSC Scandihealth
Henrik Lund Nielsen, Digital Sundhed
Ib Johansen, MedCom
Gitte Henriksen, MedCom
Dorthe Skou Lassen, MedCom
Jacob Glasdam, MedCom
Iben Søgaard, MedCom (referent)

Fraværende: Annemarie Gammelgaard Frandsen, Region Nordjylland
Jens Henning Rasmussen, Region Sjælland
Peter Jan Pedersen, Region Hovedstaden
Annette Lyneborg Nielsen, Region Hovedstaden
Niels Hermann, Sundhedsstyrelsen
Andreas Jull Sørensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Peter Torsten Sørensen, DSAM
Martin Bagger Brandt, Danske Regioner
Peter Kjærsgaard Pedersen, Kommunernes Landsforening
Erik Jacobsen, DMDD
Henrik Thuren Jensen, Profdoc
Jens Rastrup Andersen, sundhed.dk
Henrik Bjerregaard Jensen, MedCom

Referat:

- 1. Velkomst**
Velkomst v. Ib Johansen.
Kort præsentationsrunde.
- 2. Referat fra mødet d. 30. september**
Referatet fra sidste møde blev godkendt.

3. Siden sidst

Der er nedsat en MC7-forberedelsesgruppe, som har afholdt 2 møder. Gruppen er positiv overfor et projekt vedr. pakkehenvvisninger. Er ligeledes interesseret i REFHOST til kommunal forebyggelse. Der er en kortlægning i gang på kommuneområdet, hvorvidt de har et fagsystem eller ej. Der er muligvis behov for, at der kan sendes en advisering fra REFHOST til kommunens fagsystem. Der har ligeledes været ytret ønske om, at lægemiddelbevilling m.m. fra SST kommer som korrespondance (p.t. sendes de til lægens private mail-adresse).

4. Endeligt forslag til løsningsudvikling på kort sigt

- a. Henvisningsvejledninger på sundhed.dk er klar nu – hvad med dem, der mangler?
De er nu publiceret på sundhed.dk. Man kan gå ind og vælge sygdom, og så får man listet de forskellige regioner. Sygdommene er ikke kodificerede – det kunne være ønskeligt. Der bygges stadig videre på det. DAK-E har taget ansvar i første omgang for at indsamle oplysningerne fra regionerne og rykke for dem. Det oprindelige ønske var at få en ensartet skabelon for hele landet, men det har man ikke kunnet blive enige om.
På laboratorieområdet er der lavet en national spørgsmålsliste (prompts spørgsmål) – det kunne være ønskeligt på dette område også.
- b. Lokationsnummer: sådan kan lokationsnumrene nemt findes på pakkeforløb. Forslag til løsning med oplysninger om link til vejledninger samt kontaktelefonnr.
MedCom har dårlig erfaring med links, der indbygges i lægesystemerne. Tanken er, at man via sin diagnose i lægesystemet kommer til linkportalen, og her sidder knappen videre til pakkeforløbene.
Ib præsenterede 2 forskellige lister fra SOR – den ene liste over alle lokationsnumre med ejer, men hvor man ikke kan se, hvilke meddelelser det enkelte lokationsnummer kan – den anden liste over alle lokationsnumre og hvilke meddelelser, lokationsnummeret kan. Disse lister opdateres dagligt. MedCom overvejer at koble disse 2 lister sammen og opdatere dem hver 14. dag og offentliggøre dem på MedComs hjemmeside. Vha. sorteringsværktøj i Excel kan man specifikt søge ud på fx sygehusafdelinger, brystkræft og så se, hvilke afdelinger i Danmark, der modtager henvisning til brystkræftbehandling. Herefter var det så meningen, at lægesystemerne skulle implementere MedComs liste og forpligte sig til at opdatere hver 14. dag. Det kræver selvfølgelig, at SST accepterer, at MedCom offentliggør en sådan liste. Hver pakke har mindst én ICPC-kode. Bred enighed om, at det er en rigtig god idé. Hans Henrik synes dog stadig, at det burde være SST's opgave. En måde at løse navngivningen af afdelingerne på, var at sætte speciale på via en drop down-liste – der findes en national specialeliste. Det står selvfølgelig sygehusene frit for også at benytte sig af listen på MedComs hjemmeside. Henrik Lund Nielsen foreslår, at Ib kontakter IT-afdelingen i SST og fortæller, hvad det er for en liste vi ønsker, og så spørge dem, hvor lang tid det vil tage dem at lave den.
- c. Udvidelse af tekstlængden på henvisningen: leverandørernes tilbagemeldinger
De fleste af lægesystemerne vil godt kunne det. Gitte præsenterede oversigt over, hvor mange tegn de forskellige sygehus-/ røntgensystemer og lægesystemer kan. Det drejer sig både om modtagelse og afsendelse. På sigt kan vi ikke leve med den nuværende begrænsning. Vi bør undersøge hos de forskellige systemer, hvad der skal til, og hvornår de vil kunne 4 gange så mange tegn (så bliver den lige så lang som epikrisen). Standarden vil sagtens kunne klare det.
- d. Lægesystemernes implementering af ændringer på kort sigt
De fleste lægesystemer har implementeret en advarsel i deres system, at nu har de nået 6300

tegn. Det skal selvfølgelig rettes. Det kunne være fint, hvis de kunne have denne rettelse samt lokationsnummeropdatering klar pr. maj 2010.

5. **Region Midtjylland har lavet et henvisningsprojekt – Gennemgang af deres projekt – kan vi bruge det i dette projekt?**

Formål og mål: Forbedre indhold i henvisninger (forbedre patientsikkerheden, øge service til patienten, understøtte pakkeforløb, understøtte kravene til pakkeforløb, på længere sigt akutte henvisninger). Bedre udnyttelse af ressourcer.

Scenariet: Lægen vælger den rette henvisning ud fra diagnosen. Lægen promptes for de nødvendige informationer (der ikke automatisk udsøges fra patientens journal). Sygehusafdeling kan stille tider til rådighed for umiddelbar booking af første besøg.

Målet: Henvisninger har det rette indhold til den rette pakke (alle oplysninger til stede – og validerede, intet behov for yderligere kommunikation, rette visitationsgrundlag). Booking af første besøg (umiddelbar booking eller mulighed for elektronisk ombooking af tilsendt tid).

Forudsætninger og udfordringer: Én standard til én pakke – nationalt. Alle data strukturerede (validering og genbrug). Standarden er modellérbar (forskelligt indhold, obligatorisk og optionelt, ændringer slår hurtigt igennem). I Region Midtjylland (50 % af henvisninger elektroniske, meget forskellig praksis på forskellige sygehuse, lokal visitation er hjerteblod, afdelinger ikke stille tider til rådighed). Alle organisatoriske!!!

Metode: Iterativ udvikling, hvor man finder ét scenarie – én ”pakke” (inddrage brugere aktivt – ”piloter”/”prototyper”, generalisere erfaringer, løbende evaluering). 3 spor (standardernes indhold, systemer – afsender og modtager, kommunikationsvej – kanal). Flere faser/iterationer. Evaluering – bred national følgegruppe.

Teknikker: Baseres på web-services, modellérbare ”henvisningsskabeloner”, baseres på NSP (sikkerhed, autorisation, transport), certificering af systemer.

Samarbejdsparter og organisering: Nationalt (kommunikationsstandarder (MedCom), tekniske standarder (SDSD)). Region (sygehusafdelinger – EPJ-system, lægepraksis – LSP). Leverandører (Systematic, CapGemini, Profdoc, (DAK-E)). Finansiering (Anvendt Borgernær Teknologi-fonden). Hans Henrik gennemgik overordnet tidsplan I og II.

Økonomi: Omkostning til udvikling og test i alt 2,1 mio. kr. Heri er ikke medtaget interne omkostninger for regioner, SDSD, MedCom og lægepraksis.

6. **Udvikling af REFPARC-hotelløsning**

a. Sådan kan det se ud

Der skal ikke udvikles noget ekstra teknologi i forhold til, hvad vi har i dag. Det vil være simpelt for lægesystemerne. Intet skal udvikles på sygehussystemerne udover tekstlængden. Bilag mulig fra start. Vil kunne etableres 1/7-2010.

Det indstilles til MedComs styregruppe at igangsætte denne til løsning af pakkehenvvisningerne på kort sigt.

7. **MedCom7-forslag til henvisningsprojekt**

a. Undersøgelse af behov, regionernes tilbagemeldinger

b. Indhold i dynamiske henvisninger

Vi bør nedsætte en sundhedsfaglig gruppe, der finder ud af, hvad det er for oplysninger, der skal med, og hvad det er for promptspørgsmål, der skal med. Den sundhedsfaglige gruppe skal bestå af personer fra sygehusside og fra praksisside.

c. Bilagsvedlæggelse til henvisninger – valg af løsning

REFPARC-hotelløsning kan håndtere dette. Det skal undersøges, hvad det er for bilag, der er

behov for. Nogle gange er det måske bare et journalnotat, som kan klippes ind i henvisningen (når den bliver forlænget). Bilag kan være billeder, røntgenbilleder, audiogrammer, ekg'er, laboratoriesvar, journalnotater, lungefunktionsundersøgelse, hele journalen, tympanometrier. Region Hovedstaden ønsker en regional server til håndtering af bilag.

d. **Organisering af henvisningsgruppe**

Regionerne – REF-projektledere

Sundhedsfaglig gruppe – indhold og struktur. Henrik Schroll har i DAK-E arbejdet med en engelsk metode kaldet Delphi, hvor man samler en række specialister, der laver brain storm på indhold og struktur. Måske når de frem til 70 forskellige ting, men så må de reducere det til fx 6-8 ting, som er de vigtigste. Måske behøver man slet ikke en sundhedsfaglig gruppe, da der allerede er lavet et stort arbejde omkring kræftpakkerne, som man bør bruge.

Teknikgruppe - implementering.

Når projektet er besluttet i MedComs styregruppe, vil Ib nedsætte en gruppe.

8. **Forslag til forelæggelse i MedComs styregruppe**

Dette projekt på kort sigt bør igangsættes. Region Midtjyllands projekt er meget organisatorisk. Men vi bør selvfølgelig ikke lave 2 forskellige projekter.

Projektet forelægges MedComs styregruppe på 2 forskellige måder – plan A eller plan B – hvor plan B er den skrabe model – uden REFPARC-løsningen, løsning af bilagsproblematikken og mindre samarbejdsaftaler med lægesystemerne.

9. **Evt.**

Vi har ikke talt så meget kommuner i dag, men vil dette projekt også kunne dække henvisning til kommunal forebyggelse? Deltagerne på mødet i dag synes, det er en vældig god idé at trække kommunale deltagere med ind i arbejdet nu.

Der afholdes MedCom6-afslutning 10/12 i Odense. Invitationer er sendt ud.

Ib fortalte lidt om planer for indholdet i MedCom7-projektperioden.