

Dato: 11.11.09

Vor ref.: IJO

## Referat fra 2. møde om dynamiske henvisninger

**Dato:** Onsdag den 30. september 2009

**Sted:** MedCom

**Deltagere:** Karin Hedegaard, Region Nordjylland  
Annemarie Gammelgaard Frandsen, Region Nordjylland  
Hans Henrik Bøttger, Region Midtjylland  
Tove Charlotte Nielsen, Region Syddanmark  
Jens Henning Rasmussen, Region Sjælland  
Peter Pedersen, Region Hovedstaden  
Annette Lyneborg Nielsen, Region Hovedstaden  
Henrik Schroll, læge DAK-E  
Jens Parker, læge PLO  
Erik Jacobsen, lægesystemet MultiMed/REFHOST  
Karina Pørtner, CSC Scandihealth  
Jens Rastrup Andersen, sundhed.dk  
Henrik Bjerregaard Jensen, MedCom  
Gitte Henriksen, MedCom  
Dorthe Skou Lassen, MedCom  
Ib Johansen, MedCom  
Jacob Glasdam, MedCom  
Iben Søgaard, MedCom (referent)

**Fraværende:** Niels Hermann, Sundhedsstyrelsen  
Andreas Jull Sørensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Peter Torsten Sørensen, læge, direktør DSAM  
Martin Bagger Brandt, Danske Regioner  
Peter Kjærsgaard Petersen, Kommunernes Landsforening  
Henrik Thuren Jensen, Profdoc  
Henrik Lund Nielsen, Digital Sundhed

### Referat:

#### 1. Velkomst

Velkomst v. Ib Johansen.

Ib beklagede, at vi måtte udsætte mødet.

Kort præsentationsrunde.

I New Zealand har de fået udbredt det på hele nord-øen i løbet af ½ år.

MedCom7-projektperioden er under planlægning, og henvisningen er højt prioriteret.

## 2. Referat fra mødet d. 12. maj

### 3. Henvisninger i dag

- a. Tilbage meldinger fra regionerne  
Ib udtrykte tilfredshed med de indsendte skemaer fra regionerne – det har været meget værdifuldt.  
Vejledninger er udarbejdet i regionerne og er lokalt tilgængelige – og snart på sundhed.dk (15/10). Indholdet er dog noget varierende.
- b. Særlige fokuspunkter/problemområder i e-henvisningen i dag  
Næsten alle kan modtage elektronisk, men mange på papir eller fax. Enkelte kræver fax/papir. Telefonisk kontakt kræves mange steder – næsten altid ved akutte.  
Visitationen foregår stort set altid på afdelings-/overafdelingsniveau på et af lægen forudvalgt sygehus. Frederiksborg har dog central visitation.  
Modtager elektronisk både elektive, akutte og lægevagt (ikke alle).  
Det er ret vanskeligt at finde, hvilket lokationsnummer, der skal sendes til. Skemaernes oplysninger om afdelingens navn stemmer ikke overens med SOR-registrets informationer.  
Ib præsenterede statistik på elektroniske henvisninger fra 2001-2009, og han skønner, at ca. halvdelen af alle sygehushenvisninger sendes elektronisk.  
Der har fra regionerne været yttret ønske om mulighed for vedhæftning af bilag, som i dag er begrænsende for fuld anvendelse. Speciallægeområdet har faktisk mulighed for anvendelse af vedhæftede bilag via REFHOST.  
Der er ikke helt enighed om anvendelse af central visitation i regionerne.  
Hvorfor modtager man ikke akutte henvisninger fra lægevagten? Det har man gjort i længere tid i Region Syddanmark.
- c. Status på vejledninger på sundhed.dk  
Man kan via linkportalen hoppe direkte via diagnosen fra sit lægesystem til vejledning på sundhed.dk. Her vil også pakkeforløb være en valgmulighed. Det skulle virke igen fra 1/10.
- d. Henvisninger i dag  
Fodterapeuter kan modtage elektroniske henvisninger.  
Billeddiagnostiske henvisninger kan modtages, men kan også være en del af en cancerpakke og skal kunne videresendes internt.  
Der er udredning og forslag på vej om henvisning til kommunal forebyggelse. Indtil videre bruges sygehushenvisning.  
Til øvrige parter er henvisning under overvejelse, men indtil videre sendes på papir.

Alle lægesystemer kan mere eller mindre godt ICPC-/ICD10-konvertering. ICPC2 er undervejs. Langt fra alle koder diagnoser i henvisningerne. Der er linkmulighed til linkportal hos de fleste. Alle kan sende til REFHOST og WebReq-kald. Alle vil kunne dynamisk blanket hen ad vejen (anvendes til LÆ-blanketkommunikationen). Der er dog ingen erfaring endnu, og SDN-adgang kræves. Alle kan MEDBIN, og alle har SDN-adgang (dog har kun ca. 30 % af de praktiserende læger SDN-adgang).  
Sygehusene kan den nuværende henvisningsstandard, men ikke MEDBIN, og feltlængder er begrænsede.  
Området er ikke undersøgt for det kommunale område.  
REFHOST kan MEDBIN inkl. viewer.

WebReq er et egentligt dialogbaseret rekvisitionssystem, som automatisk kan huske fraser.

VANS kan håndtere MEDBIN og kan viderestille henvisninger på meddelelsetypeniveau til bestemte lokationsnumre, fx REF06 til REFHOST og PRE01 til receptserveren. VANS er altid oppe – mulighed for lange transmissionstider. Der er et etableret overvågningssystem.

#### 4. Gennemgang af forslag til forbedring af den elektroniske henvisning

- a. MedCom har udarbejdet et forslag til videreudvikling af e-henvisningen. Forslaget gennemgås. Herunder en trinvis udvikling.

Der er ikke plads til mere end 31.500 tegn i den nuværende henvisning, og nye fraser stjæler megen tekst.

Det er ikke umiddelbart muligt at vedhæfte. Foreslår central server til håndtering af dette. Hvad med et pakkeforløb? Skal der indføres basis-guidelines?

MedCom forestiller sig noget lignende WebReq, som så kunne hedde REFParc. Ib præsenterede eksempel på, hvordan det kunne se ud. REFParc kan håndtere MEDBIN direkte, og via bilagsserver læser man bilag direkte på REFParc. Her vil det være nemt at finde den rigtige afdeling, og der er indsat diagnoserettede direkte links til sundhed.dk

Jens Parker mener, det vil give en kvalitetsforringelse af udfyldelsen af henvisningen, da systemet ikke er integreret med lægesystemet, og dermed skal man genindtaste alle data – og det gider lægerne ikke. Det er helt nødvendigt, at der laves en integration med lægesystemet. Mener dog, at det kan løses.

Der skal også være mulighed for at gemme henvisningen i lægesystemet, da lægerne har registreringspligt.

Tove Charlotte ser et problem i, at sygehuspersonalet skal til at kigge efter henvisninger på en helt anden server. Enighed blandt regionerne om, at sygehuspersonalet skal kunne se henvisningerne i eget system.

Det skal formentlig være regionale servere, da det vil være for svært at skaffe enighed nationalt.

Erik præsenterede mulighed på REFHOST for vedhæftede filer. REFHOST kan håndtere hvilket som helst bilag. Det afhænger kun af den computer, man sidder ved, hvorvidt man kan læse vedhæftningen.

Jacob gennemgik kort den dynamiske blanket.

Buzzwords: Hvis lægesystemet kan én blanket, kan han dem alle. Der er mulighed for autoudfyldning. Den er uafhængig af kommunikationsform.

Notwords: Der er en begrænset validering. Der er meget overhead. Kræver mere integration i klientsystem.

Bestanddele: Stamdata, data, formpræsentation og grafisk præsentation.

Jacob demonstrerede eksempler på visning i henholdsvis html og blanket.

Der vil være lang vej igen, inden sygehusene vil kunne dynamisk blanket, så hvis det er den, man skal bruge, vil det være på lang sigt. Det er dog den formbaserede visning, der er behov for og ikke den grafiske visning.

Hans Henrik havde forventet, at vi skulle i gang med at lave en standard og ikke gå i løsningsmode nu. Regionerne har nogle presserende opgaver derude (pakkehenvvisninger, akutte henvisninger og vedhæftede bilag). Har en deadline, der hedder 10/12.

Peter mener, vi skal have afdækket, hvad det er for problemer, der er i hver sin ende – altså lægesystemet og sygehussystemet.

Jens Parker mener ikke, der er så langt igen. Måske skal vi se bort fra vedhæftning i første model og så bare få løst det i første omgang, at sygehusene får svar på de ting, der skal svares på i forbindelse med fx pakkehenvisninger.

Henrik spurgte, hvor langt vi er fra at have indsamlet de data, som henvisningerne skal indeholde – for dem skal vi bruge under alle omstændigheder – ligegyldigt hvilken løsning vi vil bruge.

Ib har i sit notat givet forslag til 6 punkter, der skal være styr på - på kort sigt:

Lokationsnummeroprydning, tilretning af lægesystemer, tilretning af sygehussystemer, vejledninger på sundhed.dk, central visitation – lokationsnummer – kontaktelefonnummer og udvikling af REFParc-løsning.

Ib foreslår, at der i dag laves prioritering af indsatsområder på kort sigt, og at der nedsættes en ad hoc-arbejdsgruppe. Gruppen skal komme med forslag til MedCom7-forberedelsesgruppen.

## 5. Udviklingsmulighederne belyst fra

- a. Lægesystemleverandørside
  - b. Sygehussystemleverandørside
  - c. Lægeside – Primærsektor/sekundærsektor
- Blev behandlet under pkt 6.

## 6. Forslag til videre forløb, forelæggelse i MedComs styregruppe

Mødedeltagerne blev delt i 2 grupper, som brugte ½ time på henholdsvis Gruppe 1) Lokationsnummeroprydning og tilretning af lægesystemer og Gruppe 2) Tilretning af sygehussystemer, vejledninger, central visitation og REFParc.

Gruppe 1: Links skal være dybe nok, så man præcist kommer til det, man har brug for. Lokationsnummerproblematikken: Dorte har peget på en mulighed for at blænde af for de afdelinger, man ikke har brug for at vise for lægepraksis. Karin oplyser dog, at de kommer med ud i udtrækket alligevel. Erik mener ikke, begrænsningen i tekstlængden i den nuværende henvisning vil være et problem for lægesystemerne at ændre på. Det er nok langt værre med sygehussystemerne. Når den dynamiske blanket er færdigudviklet, vil den give nogle muligheder, der ikke fås bedre. Kopi til lægesystemet af henvisningen i REFParc vil ikke være noget problem at løse. Jens Rastrup vil gerne have tilføjet ”Linkportal-tilpasninger” som et punkt 3 under ”Vejledninger på sundhed.dk” i Ibs notat.

Gruppe 2: Glimrende oplæg, der er lavet. Man skal afklare konsekvenser af ændring af feltlængder i de involverede systemer. Klinikere på banen vedr. afklaring af indhold af bilag. Med hurtigst mulig MEDBIN-afklaring, og det bør være en national løsning. I den forbindelse kunne man meget vel kigge på andre link-løsninger, som er undervejs i regionerne. Der skal være en ensretning af informationen i de lokale systemer, men det bør også kunne findes på sundhed.dk (eksport). Der bør nogle faglige indover pakkeforløbene, bl.a. Bo Gandil i forhold til linkportalen. Central visitation og lokationsnummer – bør køres regionalt. God idé med REFParc, men man bør sikre, at henvisningerne kan tilgås fra eget PAS- eller EPJ-system på sygehusene.

MedCom kunne godt prøve at køre en test af sygehus- og røntgensystemerne af, hvorvidt de kan modtage en meget lang tekst – og hvor svært det vil være at lave mulighed for længere tekst.

## 7. Eventuelt

Ib foreslår, at vi holder et møde igen i begyndelsen af november. Der blev aftalt møde den 18/11. Det er måske meget synligt, hvad vi skal på kort sigt, men der udestår stadig en del diskussioner omkring løsningen på lang sigt.

Ib vil gerne have de regionale repræsentanter til at gå hjem og spørge deres klinikere, hvad de mangler i forhold til den nuværende løsning udover MEDBIN. Ib vil gerne have det ind ved udgangen af uge 43.

Når en ny part bliver oprettet i SOR, bliver det default udfyldt, så de står til at kunne modtage alle meddelelsetyper. Så skal man manuelt ind og fjerne alle de meddelelser, som lokationsnummeret ikke kan. Bør rettes hurtigst muligt.